TOM IX. ŻESZYT 2.

POLSKI PRZEGLĄD OTO-LARYNGOLOGICZNY

Z Poradni dla chorych z wadami mowy i głosu przy Klinice Otolaryngol. U.S.B. (Kierownik Kliniki Prof. Dr. *J. Szmurło*).

„O niemocie słyszących" (Audimutitas).

Doc. Dr. BENEDYKT DYLEWSKI
St. Asystent Kliniki.

Niemota słyszących (audimutitas), jak wskazuje sama nazwa, polega na niewykształceniu mowy u ludzi, posiadających dostateczny dla rozwoju mowy słuch i stopień inteligencji przy braku zmian anatomicznych w samych narządach mowy. *Coën* określa to cierpienie nazwą „Alalia idiopatica". *Kussmaul*, *Seifert*, *Ołtuszewski* nazywają je wrodzoną afazją z powodu dużego podobieństwa obrazu klinicznego do afazji ruchowej dorosłych. *H. Stern* nazywa niemotę słyszących „Mutitas physiologica prolongata". Nazwa ta nie jest trafną, gdyż nie można zaliczać do stanów fizjologicznych niemotę, przedłużającą się ponad czwarty rok życia. Jeżeli nazwa ta ma tylko wskazać, że obraz kliniczny Audimutitas odpowiada pewnemu okresowi w normalnym rozwoju mowy dziecka, to należałoby w nazwie podkreślić nienormalność przedłużania się tego okresu.

Znajomość tej nieopisywanej szerzej w polskiem piśmiennictwie jednostki chorobowej jest bardzo ważna dla lekarzy wszystkich specjalności a więc dla lekarzy szkolnych, pedjatrów, neurologów, a przedewszystkiem dla otolaryngologów, do których tacy chorzy zwykle się zgłaszają. Dzieci z Audimutitas nierzadko niesłusznie są uważane za umysłowo niedorozwinięte, lub głuchonieme, wobec trudności dokładnego zbadania u nich słuchu i stopnia inteligencji, gdyż nie mówią one, a często i nie rozumieją mowy; dlatego też tacy chorzy są często skierowywani niewłaściwie do szkół dla głuchoniemych, lub też jako pozornie umysłowo chorzy pozostają przez czas dłuższy bez żadnej opieki i wykształcenia. Prawidłowe rozpo-

znanie może ich uratować, bowiem należyte leczenie we wszystkich prawie bez wyjątku przypadkach przywraca mowę i przyzwyczaja do prawidłowego posługiwania się słuchem.

Niektórzy autorowie, jak *Gutzmann*, *H. Stern*, *Nadoleczny* i inni zaliczają do Audimutitas tylko tak zwane czyste, naogół bardzo rzadkie przypadki tego cierpienia, w których słuch chorego, rozwój umysłowy i rozumienie mowy nie są upośledzone, przypadki zaś z zaburzeniami słuchu, lub inteligencji, zaliczają do niemoty, powstałej wskutek zaburzenia właśnie tych czynności. Podział taki nie może być zachowany ani ze względów praktycznych, ani teoretycznych. Przypadki mieszane z pewnem upośledzeniem rozumienia mowy, słuchu, lub inteligencji są najczęstsze i nawet wyżej wspomniani autorowie przytaczają je dla ilustracji niemoty słyszących. Teoretycznie również podział ten nie jest dostatecznie uzasadniony, bo niemotę można uzależniać tylko od dużego stopnia przytępienia słuchu i rozwoju umysłowego. Upośledzenia zaś inteligencji i słuchu słabego nasilenia, które zwykle nie wywołują większego zniekształcenia mowy, nie mogą być też uważane za główną przyczynę niemoty w przypadkach niemoty słyszących.

Sama już przez dłuższy czas trwająca niemota, jak również i przyjmowane za przyczynę tego cierpienia zaburzenia uwagi, pamięci i woli stanowią już objawy pewnego upośledzenia umysłowego, którego stwierdzenie nie wyklucza więc rozpoznania niemoty słyszących. Z tych samych przyczyn może być u takich chorych również pewnego stopnia upośledzenie słuchu, które zwykle w większości przypadków nie wywołuje niemoty, tembardziej, że samo już dłuższe nieposługiwanie się słuchem może ujemnie wpłynąć na jego czynność. Dlatego też wielu autorów, jak *Liebmann*, *Fröschels* i inni nie wykluczają z grupy Audimutitas przypadków z niedużemi zaburzeniami inteligencji i słuchu. *Nadoleczny* w swej pracy z 1929 roku również nie wyłącza już jak przedtem z grupy niemoty słyszących przypadków z pewnego stopnia upośledzeniem inteligencji.

Audimutitas spotyka się stosunkowo często. Prócz wspomnianych już autorów o tem cierpieniu pisali *L. Stein*, *Vermeyen*, *Heller*, *Mes*, *Homburger* i inni.

Według statystyki *Fröschels'a* cierpienie to spotyka się w 15% wszystkich chorych ambulatoryjnych z wadami mowy i głosu. W przychodni chorób mowy i głosu przy Klinice Otolaryngologicznej U. S. B. na 630 chorych stwierdziliśmy 22 przypadki (3,4%) niemoty sły-

szących. Chłopcy wykazują tę wadę częściej, niż dziewczęta, co się tłumaczy większą wrodzoną zdolnością dziewcząt do opanowania mowy. W obserwowanych przes nas przypadkach mieliśmy 12 chłopców i 10 dziewcząt. Najczęściej cierpienie to bywa obserwowane pomiędzy 3 a 10 rokiem życia. W wieku późniejszym opisywano tylko pojedyńcze przypadki. Najstarsza chora *Gutzmann'a* miału 14 lat, *Fröschelsa* — 20 lat, jedna z naszych chorych miała 15 lat. Podział chorych *Fröschels'a* według płci i wieku przedstawia się następująco:

Chłopcy	2 — 4 lat	59%	Dziewczęta	2 — 4 lat	58%
	5 — 6 „	22%		5 — 6 „	26%
	7 — 9 „	16%		7 — 9 „	13%
	12 „	3%		16 „	3%

W naszych przypadkach było:

W wieku	2 — 4 lat	chłopców 4	dziewcząt 3
„	4 — 5 „	„ 2	„ 2
„	5 — 6 „	„ 3	„ 1
„	6 — 7 „	„ 1	„ 1
„	7 — 8 „	„ 1	„ 1
„	9 —10 „	„ 1	„ 1
	15 „	„ —	„ 1
		12	10

Rozróżniają naogół dwie główne postaci niemoty słyszących:

1) motoryczną (ruchową), w której chorzy dobrze rozumieją mowę ze słuchu i spełniają wszystkie słowne polecenia,

2) sensoryczną (czuciową)—z upośledzeniem rozumienia mowy.

Liebmann i Fröschels wydzielają jeszcze grupy mieszane, w których rozumienie mowy zostało częściowo tylko zachowane. Te mieszane postaci spotykamy najczęściej, czystą zaś ruchową niemotę słyszących opisywali tylko stosunkowo nieliczni autorowie. Z naszych 22 przypadków tego cierpienia tylko 2 chorych wykazywało postać czysto ruchową. Jeden z tych przypadków niżej podajemy.

I. Bazyli K. 5 lat, wychowanek ochronki. Danych o przebiegu porodu, początku chodzenia, ząbkowaniu, dziedziczności. i t. d. zebrać nie dało się. Nieco zamały na swój wiek. Narządy wewnętrzne bez zmian. Badanie neurologiczne również odchyleń od normy nie wykryło. Dziecko bardzo ruchliwe, niespokojne, wszystkiem się interesuje, lecz nie może na żadnym przedmiocie skupić uwagi na czas dłuższy. Każdy przedmiot stara się wziąć do rąk i ogląda go ze wszystkich stron, wydaiąc przytem od czasu do czasu dźwięcznym głosem przypominające gaworzenie, urywane dźwięki,

po chwili jednak porzuca oglądany przedmiot i znów na krótko przenosi uwagę na inny. Chory nasz doskonale rozumie ze słuchu mowę i dokładnie spełnia nawet skomplikowane polecenia, wydawane cichym głosem, jak również i szeptem z sąsiedniego pokoju. Charakterystyczne jest, że podczas chwilowego zajęcia się jakimś przedmiotem zupełnie nie reaguje nawet na mowę głośną przy samem uchu. Orjentuje się dobrze w czasie i przestrzeni, porozumiewa się zapomocą żywej mimiki i znaków wskazujących, jak również naśladujących i opisujących. Z ust odczytywać mowy nie umie. Nie wykazuje żadnych objawów upośledzenia rozwoju umysłowego. Badanie zapomocą stroików wykryło normalną ostrość słuchu. Czynność przedsionków prawidłowa. Po paru tygodniach leczenia fonologicznego dziecko nauczyło się wymawiać 10 wyrazów, w tem własne imię i nazwisko, które wymawiało na każde żądanie z widocznem zadowoleniem. Po trzechmiesięcznej kuracji chory przerwał leczenie, umiejąc wymawiać kilkadziesiąt wyrazów. Badanie dziecka, dokonane po upływie roku, wykazało zupełnie poprawną dobrą mowę.

Grupa czuciowej niemoty słyszących w naszych przypadkach, jak zresztą i u innych autorów, jest najliczniej reprezentowana.

Chorych w wieku poniżej 4-ch lat narazie nie opisujemy, gdyż przypadki takie nie przez wszystkich autorów są uznawane za pewne pod względem rozpoznania i zaliczane bywają niekiedy do grupy zwykłego opóźnionego rozwoju mowy. *Nadoleczny* radzi je ogłaszać dopiero po dłuższej, nieraz kilkuletniej obserwacji. Naszem jednak zdaniem przypadki niemoty słyszących we wczesnych okresach rozwoju są szczególnie interesujące i godne ogłaszania celem opracowania sposobu najwcześniejszego rozpoznania tego cierpienia i zastosowania odpowiedniego leczenia w okresie najbardziej intensywnego rozwoju mowy, ochraniając w ten sposób dzieci od kilku lat niemoty, niewątpliwie hamującej tak umysłowy rozwój dziecka, jak również upośledzającej dalszy rozwój mowy, która często nazawsze pozostaje wadliwą.

W kilku naszych przypadkach niektóre opisane niżej objawy pozwoliły postawić wczesne, sprawdzone po kilku latach rozpoznanie niemoty słyszących. Rodzice niekiedy traktowali te dzieci tylko jako opóźnione w mowie i z wielką szkodą dla nich nie przeprowadzili wczesnego systematycznego leczenia. Jeden z takich przypadków

opisujemy niżej w rozdziale o przebiegu niemoty słyszących. Podajemy tu kilka, najbardziej interesujących przypadków z tej grupy.

II. S. Z. chłopiec 4 lat, urodzony normalnie, chodzić zaczął w 12 miesiącu życia, dziedzicznie nie obarczony. Żadnych chorób nie przechodził. Do roku mowa rozwijała się normalnie, dziecko chętnie i dużo gaworzyło, do dwuch lat nauczyło się wymawiać tylko kilka słów, w tem „papa, mama". Potem rodzice zauważyli, że dziecko nie odpowiada na pytania i sprawia wrażenie roztargniętego, a czasami jakby głuchego. Mowa nie postępowała naprzód, dziecko nawet zapomniało przedtem znanych mu wyrazów. Stan obecny. Budowa prawidłowa, odżywianie średnie. Badanie neurologiczne, jak również narządów wewnętrznych zmian chorobowych nie wykryło. Dziecko nie wykazuje zainteresowania do mowy i nie reaguje na nią. Poznaje ze słyszenia kilka nazw przedmiotów (stół, lampa, woda, koń), od czasu do czasu skieruje swój wzrok na te przedmioty podczas ich wymawiania, czasami nawet wymawia te słowa czystym głosem, dobrze akcentując, ale nie na każde zawołanie. W domu jest żywe, chętnie się bawi, podczas zabawy niekiedy wydaje niezrozumiałe dzwięki, z przewagą B i P. Jest rozgarnięte, ma dobrą pamięć co do osób i miejsca, zna cel i sposób zastosowania wszystkich widzianych w domu przedmiotów, spełnia wszystkie wskazane zapomocą znaków polecenia. Mimika bardzo słaba, mowy z ust nie rozumie, nie odczytuje i nawet nie wykazuje chęci do obserwowania ruchów ust, a zwraca uwagę tylko na wyraźną mimikę i przeważnie wskazujące gesty. Poznaje różne głośne dźwięki, jak łoskot jadącego wozu, auta, trzask zamykanych drzwi i t. d. Badanie stanu nosa, gardła, krtani i uszu zmian patologicznych nie wykazało. W nosogardle małe wyrośla adenoidalne. Dziecko jest zamknięte w sobie, lękliwe i nie powtarza żadnych dźwięków. Na stroiki nie wykazuje też żadnej reakcji. Na silne dźwięki (dzwonek, gwizdek nad uchem) reaguje żywem drgnięciem i cofnięciem głowy. Próba obrotowa ustaliła normalny odczyn przedsionków. Postawiono przypuszczalne rozpoznanie niemoty słyszących, pozostawiono dziecko na obserwacji i rozpoczęto leczenie fonologiczne. Przez czas dłuższy nie mogliśmy zbadać słuchu pacjenta. Z chwilą wejścia lekarza do pokoju dziecko przerywało zabawę i stało zmieszane nie podnosząc oczu, stawiało opór, gdy się go brało za rękę i zachęcało do zabawy, odsuwało podawane mu zabawki. Obserwacja zaś z ukrycia wykazała, że dziecko reaguje na słabe nawet dźwięki. W obecności tylko swej siostry żywo bawiło się zabaw-

kami, wskazywało niektóre nazywane przedmioty i od czasu do czasu nawet powtarzało pewne słowa. Najlżejsze zaś skrzypnięcie drzwiami lub odezwanie się obserwującego za drzwiami lekarza sprawiało, że dziecko natychmiast przerywało zabawę, odchodziło w kąt, czy też chowało się za siostrą i odtąd nie reagowało już na żadne dźwięki.

Taki charakterystyczny, nie spotykany przez nas w odnośnem piśmiennictwie sposób reagowania na dźwięki, pozwolił w kilku następnych przypadkach Audimutitas u małych dzieci na ustalenie słuchu, dostatecznego do rozumienia mowy. Dalsza obserwacja naszego chorego ustaliła ponad wszelką wątpliwość obecność dość czułego słuchu i potwierdziła postawione rozpoznanie. Dokładnego zaś badania słuchu stroikami nie można było przeprowadzić. Podczas kilkutygodniowego leczenia chory nauczył się wymawiać jeszcze kilka wyrazów, ale tylko podczas pokazywania odpowiednich zabawek przez siostrę. Do lekarza zaś jeszcze niedostatecznie się przyzwyczaił i tylko nie upierał się jak przedtem podczas wykonywania próby obrotowej, próby zaś cieplnej wykonać nie dał. Rodzice zmuszeni byli przerwać kurację z powodu wyjazdu na prowincję.

III. Wanda S. 15 lat, drugie dziecko w dziedzicznie nie obarczonej rodzinie, urodziła się normalnie, zaczęła chodzić w 13 miesiącu życia, gaworzyła w pierwszym roku życia dość dużo, żadnych chorób nie przechodziła, dotychczas (do 15 lat) mówi tylko kilka słów, jak „mama, papa", oraz imiona sióstr. Słysząc te słowa chora wskazuje na odpowiednie osoby. Rodzice nie mogą dobrze zorjentować się co do słuchu swej córki, jednakże kategorycznie twierdzą, że nie jest głuchą. Chora zwraca głowę w stronę głośnych szmerów i dźwięków, na mowę jednakże nie reaguje. Podczas głośnej mowy daje znakami do zrozumienia, że słyszy, ale nie rozumie. Porozumiewa się zapomocą znaków. Pomimo długotrwałej niemoty czytać z ust nie nauczyła się. W domu pomaga w gospodarstwie, jest roztropna, spełnia wszystkie polecenia, wydawane zapomocą znaków i mimiki, nawet najbardziej skomplikowane. Sprawia wrażenie dobrze rozwiniętej umysłowo, może tylko nieco skrępowanej swą wadą mowy. Ma dobrą pamięć co do zdarzeń, miejsc i osób. Badanie nosa, gardła, uszu, jak również i narządów wewnętrznych zmian patologicznych nie wykazało. W krtani struny prawdziwe koloru żółtawego o zaokrąglonych, niewyraźnie zarysowanych brzegach, podczas fonacji niezupełnie się zbliżają. Badanie słuchu: obustronnie normalnie słyszy wszystkie stroiki od C_{64} do C_{4096}, jak

również i gwizdawkę Galtona, bez błędu pokazuje na palcach ile razy wydano dźwięk tą gwizdawką. Na mowę nie reaguje i słów podawanych nie powtarza (z wyjątkiem kilku, wymienionych wyżej), niekiedy tylko powtarza pojedyńcze samogłoski z tych słów. Czynność obu aparatów przedsionkowych normalna. Powtarzane słowa wymawia głosem nieco zawoalowanym, nieczystym, dość monotonnym, ale dobrze, prawidłowo je akcentując.

W tym przypadku rzuca się w oczy niewspółmierność między wynikiem badania słuchu zapomocą stroików i mowy. Chora doskonale słyszy pojedyńcze tony i szmery. Podczas badania słuchu pokazuje znakami, że przy stroikach o brzmieniu niskiem drgania są długie (powolne ruchy ręką), a przy stroikach wysokich chora naśladuje drgania szybkiemi, krótkiemi ruchami ręki. Za każdem odsunięciem stroika od ucha chora daje poznać, że przestała słyszeć. Przy tak dobrym słuchu na stroiki i zachowanej czynności przedsionków chora prawie nie zdradza słuchu na mowę. Dane badania słuchu, brak umiejętności czytania z ust, zachowanie pewnej melodyjności mowy upoważniło nas do postawienia rozpoznania niemoty słyszących. Ułatwiającym momentem w rozpoznawaniu było stwierdzenie tego samego cierpienia w postaci jeszcze jaskrawszej u młodszej siostry.

IV. Jadwiga S. 8 lat, rodzona siostra opisanej wyżej chorej. Poród, ząbkowanie, początek chodzenia odbyły się prawidłowo we właściwym czasie. Przebyła tylko odrę. W pierwszym roku życia dużo gaworzyła. Nos, gardło, krtań, uszy, jak również i narządy wewnętrzne—bez zmian. Badanie neurologiczne obu sióstr odchyleń od normy nie stwierdziło. Chora zdradza w większym stopniu objawy słuchu, niż jej starsza siostra, odwraca głowę w stronę głośno mówiących osób, trzaskania drzwiami, stukania i t. d. Wymawia zupełnie melodyjnym i czystym głosem 5—6 wyrazów. Jest bardzo żywa, ruchliwa, łatwiej od swej siostry orjentuje się i porozumiewa zapomocą znaków. Jeżeli starsza siostra nie odrazu spełnia żądane polecenia, to wówczas chora odpycha swą siostrę ze słowem: „dunowata“ (durnowata) i sama spełnia polecenie. Szybko z miny i gestów domyśla się o treści mowy, lecz z ust umie odczytywać jedynie tylko wyrazy przez siebie wymawiane. Sprawia wrażenie dziecka dobrze rozwiniętego tak fizycznie, jak i umysłowo. Dokładnego badania stopnia inteligencji obu sióstr nie można było przeprowadzić z powodu niemoty. Najstarsza trzecia siostra mówi

zupełnie dobrze. Chora nasza słyszy dobrze całą skalę stroików Bezolda tak przez kość, jak i przez powietrze. Aparat przedsionkowy bez zmian. Na mowę głośną, a nawet na szept od czasu do czasu reaguje zwróceniem głowy w stronę osoby mówiącej, ale rozumie i powtarza tylko wyrazy, które może sama wymawiać przy podawaniu ich do samego ucha.

W tym przypadku, jak i poprzednim mamy niemotę z upośledzeniem rozumienia mowy przy doskonale zachowanym słuchu na pojedyncze tony i szmery. Poznawanie różnych dźwięków odrazu pozwoliło wyłączyć głuchotę duchową. Obie siostry poddano leczeniu w Poradni fonologicznej przy Klinice Otolaryngologicznej U. S. B. Podczas miesięcznej kuracji chore nauczyły się wymawiać ze słuchu i odczytać z ust około 25 słów i poznały ich pisownię. Dotychczas obie siostry z powodu swej wady do szkół nie uczęszczały. Podczas feryj letnich chore pozostawały pod opieką nauczycielki, absolwentki kursów leczenia wad mowy i głosu, przeprowadzonego w roku ubiegłym w Wilnie. Po przebytem w ten sposób trzechmiesięcznem leczeniu dzieci nauczyły się wymawiać kilkadziesiąt słów, nauczyły się czytać i pisać i poznały znaczenie jeszcze przeszło 100 czytanych z książki wyrazów, których jednak samodzielnie wymawiać jeszcze nie mogą. Wyuczone słowa dzieci powtarzają na głośne żądanie słowne i spełniają polecenia z tych słów ułożone, jednakże łatwiej rozumieją, gdy odczytują mowę z ust, a nie ze słuchu. Samodzielne układanie zdań idzie jeszcze bardzo trudno, mówią same tylko kilka najprostszych zdań, naprzykład „daj mnie piłkę" i t. d., ułatwiając przytem sobie mowę wskazującemi znakami. Po trzechmiesięcznej kuracji rodzice zabrali dzieci na prowincję, przerywając w ten sposób leczenie.

Reszta obserwowanych przez nas przypadków czuciowej niemoty słyszących na podstawie wywiadu, badania i obserwacji wykazywały również objawy dostatecznego do wykształcenia mowy słuchu. We wszystkich tych przypadkach rozumienie mowy było w rozmaitym stopniu upośledzone. Przeważna liczba chorych, jako przyjezdni z prowincji, nie mogli przeprowadzić dłuższej systematycznej kuracji.

P r z e b i e g i r o k o w a n i e w niemocie słyszących zależy przedewszystkiem od czasu trwania cierpienia, oraz od tego, czy przeprowadza się odpowiednie leczenie. Według ogólnie przyjętego zdania, pozostawione bez leczenia nieme dzieci z zachowanym słuchem w większości przypadków jeszcze przed

10 rokiem życia w końcu same zaczynają mówić, czego dowodem jest stosunkowo rzadkie stwierdzenie tego cierpienia w wieku późniejszym. Duże znaczenie ma przytem ogólny poziom otoczenia, w którem dziecko przebywa. Dzieci z rodzin inteligentnych, zwłaszcza licznych, zdobywają mowę lepszą i szybciej, niż dzieci zaniedbane, a tembardziej jedynaki z klasy niższej.

Przypadki *Fröschels'a*, *Gutzmann*, jak również i nasze wskazują, że niemota przy zachowanym słuchu może przedłużać się znacznie poza 10 rok życia.

Mowa takich, pozostawionych bez leczenia chorych często pozostaje nazawsze wadliwą, bełkotliwą, niekiedy jąkającą się (*Liebmann*, *Gutzmann*, *Dylewski*). Im później następuje samoistna poprawa mowy, lub też im później przystępuje się do leczenia, tem bardziej bywa upośledzona zarówno mowa, jak też i ogólny rozwój umysłowy i tem mniejszy zasób słów chory zdobywa. Wskutek długotrwałej niedostatecznej pracy narządów mowy w strunach głosowych mogą wystąpić zmiany wsteczne, upośledzające czystość głosu, jak to miało miejsce w naszym przypadku Nr. III, jak również i w następnym, niżej podanym przypadku. Niedostateczne wyrobienie mięśni artykulacyjnych powoduje mowę niewyraźną, często wadliwą. Niżej przytoczone przypadki przedstawiają los takich chorych, pozostawionych bez leczenia.

V. A., M. i J. K-ówny, trzy siostry 18, 12 i 6 lat. Urodziły się wszystkie trzy normalnie, ząbkowanie i początek chodzenia — we właściwym czasie. Dziedzicznie nie obarczone. Dwie młodsze siostry przebyły odrę we wczesnem dzieciństwie. Starsze siostry zaczęły mówić w szóstym roku, a młodsza — w piątym roku życia. Starsza siostra z powodu złej, wadliwej mowy nie uczęszczała do szkół, młodsze zaś siostry uczą się w szkole powszechnej. Wszystkie trzy siostry są fizycznie dobrze rozwinięte, narządy wewnętrzne — bez zmian, badanie neurologiczne również zmian chorobowych nie wykryło. Nos, gardło, uszy — normalne. W krtani u starszej siostry struny głosowe słabo napięte, niedomykają się podczas fonacji, o niewyraźnie zarysowanym, zaokrąglonym wolnym brzegu. Ostrość słuchu i czynność narządów przedsionkowych u wszystkich sióstr normalna. Głos starszej siostry nieco zachrypnięty, a mowa bardzo niewyraźna, trudno zrozumiała z powodu ogólnego bełkotania z przewagą szeplenienia międzyzębowego. Artykulacja chorej bardzo słaba, różne spółgłoski od czasu do czasu opuszcza, albo zastępuje przez inne. Dźwięki S, SZ najczęściej zastępuje przez T, a niekiedy

przez J. Spółgłoski dzwięczne bardzo często, ale nie stale wymawia bez głosu. Niektóre słowa w zdaniu zupełnie opuszcza, lub wymawia je całkiem niezrozumiale. Mowa średniej siostry jest również znacznie upośledzona. Głos jest cichy, chorą wyraźnie krępuje jej wada mowy. Wszystkie dźwięki drugiej grupy artykulacyjnej (D, T, Z, S, SZ, CZ, Ż, N, L, Ł, a nawet w pewnym stopniu i R) wymawia, wsadzając język między zęby. Dzwięk S na początku słowa zastępuje przez J. Od czasu do czasu opuszcza końcówki wyrazów lub wymawia je bardzo cichym głosem. Najmniej ucierpiała mowa siostry najmłodszej, która wykazuje tylko seplenienie międzyzębowe i tak samo jak i starsze siostry zamiast S wymawia na początku słów J. Zamiast „Ziuta" mówi „Juta". Rozwój umysłowy dwuch młodszych sióstr jest normalny, odpowiadający wiekowi. Starsza zaś 18 letnia panna, nie mająca żadnego wykształcenia, sprawia wrażenie najmniej rozwiniętej z rodzeństwa, jest małomówna, widocznie krępuje się swej mowy, lecz nie zdradza objawów większego upośledzenia umysłowego, rozumuje logicznie, ma dobrą pamięć, pomaga rodzicom w pracy domowej, opiekuje się siostrami młodszemi.

VI. Regina K. 3 lat. Poród, ząbkowanie, początek chodzenia odbyły się normalnie we właściwym czasie. Przebyła w pierwszym roku życia grypę, dziedzicznie nie obarczona. Pomimo ukończenia 3 lat jeszcze nic nie mówi. Stan obecny: Budowa prawidłowa, narządy wewnętrzne jak również nos, gardło, krtań, uszy— bez zmian. Badanie słuchu: chora daje poznać, że słyszy wszystkie stroiki, rozumie mowę z odległości 6 metrów i spełnia wszystkie polecenia, wydawane z tej odległości nawet szeptem. Chora jest dość żywa, rozgarnięta, sprawia wrażenie umysłowo dobrze rozwiniętej. Porozumiewa się zapomocą wskazujących gestów, mowy z ust odczytywać nie umie. Rozpoznano niemotę przy zachowanym słuchu i zaproponowano leczenie fonologiczne, na które rodzice się nie zgodzili, uważając, że ich córka ma tylko opóźnioną mowę i prosili tylko o „podcięcie języka". Badanie, przeprowadzone po trzech latach wykazało co następuje: Chora dobrze rozwinięta na swój wiek tak fizycznie, jak i umysłowo, wszystko rozumie i mówi. Mówić zaczęła pomału, dopiero w piątym roku życia. Chora ma znacznego stopnia jąkanie toniczno-kloniczne, od czasu do czasu występują współruchy w postaci grymasów twarzy. Artykulacja bardzo słaba, niewyraźna, prócz tego mowa chorej wykazuje seplenienie międzyzębowe.

Powyższe dwa przypadki są jaskrawym przykładem tego, jak poważne i ciężkie cierpienie przedstawia niemota słyszących, która

nawet w razie samoistnego wyleczenia może pozostawić po sobie znaczne upośledzenie tak mowy, jak i rozwoju umysłowego. Według zdania *Fröschels'a* cierpienie to prawie zawsze hamuje rozwój inteligencji.

Rokowanie w przypadkach należycie leczonych jest pomyślne. Większość autorów jest zdania, że 3—6 miesięczna kuracja wystarcza do nauczenia dziecka wymawiania dostatecznej liczby słów, tak że dalsze doskonalenie mowy zwykle samodzielnie bez leczenia postępuje naprzód. Jednakże opisywane były przypadki, w których leczenie wymagało znacznie dłuższego czasu (do dwuch lat — *Fröschels*). Z rokowaniem naogół należy przeto być bardzo ostrożnym i dopiero dłuższa obserwacja każdego poszczególnego przypadku pozwala w przypuszczeniu ustalić czas i możliwości wyleczenia.

Etjologja niemoty słyszących nie została jeszcze dokładnie wyjaśniona, czego dowodem jest szereg wysuwanych teoryj. *De Parrel* rozróżnia Audimutitas wrodzoną i nabytą, czynnościową. Niewątpliwą rolę odgrywa w tem cierpieniu dziedziczność, na to wskazuje występowanie niemoty słyszących u kilku osób tej samej rodziny, jak również stwierdzenie w rodzeństwie spóźnionego rozwoju mowy (*Gutzmann*, *Hall*, *Fröschels* i in.). Naśladownictwo w tem cierpieniu, jak i w innych wadach mowy odgrywa też pewną rolę. Niemota słyszących stwierdzana była dość często u dzieci rodziców, znajdujących się w bliskiem pokrewieństwie (*Coën*, *Liebmann*). Alkoholizm rodziców, obciążenie gruźlicze, syfilityczne i neuropatyczne wpływa też na powstawanie niemoty słyszących (*Coën*, *Ziehen*, *Gutzmann*, *Villiger*).

Przez wielu autorów za przyczynę niemoty słyszących są uważane zmiany anatomiczne oraz zatrzymanie rozwoju pewnych okolic centralnego układu nerwowego. Stwierdzone przez *Schwartz'a* mikroskopijne wybroczyny krwawe, powstałe wskutek nierównomiernego ciśnienia w czaszcze podczas porodu nawet bez zmian zewnętrznych mogą upośledzać rozwój ośrodków mowy (*Nadoleczny*). Uszkodzenie traumatyczne, względnie zapalne ośrodków mowy po porodzie, przed jej wykształceniem również daje obraz, spotykany w niemocie słyszących, podobny do afazji ruchowej dorosłych. Niemota słyszących z upośledzeniem rozumienia mowy podobna jest do afazji czuciowej dorosłych z wyjątkiem objawów parafazji i logorei. Zatrzymanie rozwoju w zakresie ruchowym („Infantylizm motoryczny"), zwłaszcza w zakresie mięśni i ośrodków mowy też może powodować niemotę słyszących (*Hamburger*, *Heller*, *Jacob*, *Ziehen*). *Gutzmann*

stwierdził u takich dzieci spóźniony początek chodzenia i ogólną zmniejszoną ruchliwość, czego w naszych przypadkach nie obserwowaliśmy. Stwierdzenie w badanych przez *Seemann'a* przypadkach niemoty słyszących nieprawidłowej czynności przedsionków upoważniło tego autora do uzależnienia danego cierpienia od zaburzenia funkcji móżdżku. Niezgrabność ruchowa, opóźniony początek chodzenia u takich chorych daje się też tłumaczyć wadliwą pracą móżdżku. Nasze badania, prawda na niedużym materjale nie wykazały zmian pobudliwości błędnika. Przypisują też znaczenie w etjologji niemoty słyszących zaburzeniu koordynacji pracy ośrodków mowy w obu półkulach mózgu u osób leworęcznych (*Stiers*, *Seemann*). *Gutzmann* przypisywał wyroślom adenoidalnym pewien wpływ na powstawanie tego cierpienia. Krzywica, zwłaszcza krzywica czaszki, jak również przebyte we wczesnem dzieciństwie choroby dróg oddechowych oraz niedorozwój narządów mowy ułatwiają powstawanie niemoty słyszących (*Fröschels*, *Hischinger*). Najwięcej zaś zwolenników w etjologji tego cierpienia posiada, wysunięta przez *Liebmann'a* teorja zaburzenia pamięci i uwagi. Duże znaczenie ma przytem osłabiona wola do mowy oraz zahamowania psychiczne w postaci nieśmiałości, nieufności, niechęci do mowy (*Meumann*, *Nadoleczny* i in.). U niemych słyszących uwaga wszystkich rodzajów, a zwłaszcza akustyczna jest niedostatecznie rozwinięta i niestała, wskutek czego upośledzone jest kojarzenie obrazów słuchowych z wzrokowemi, dotykowemi i t. p. Naogół u osób normalnych obraz słuchowy góruje wśród innych obrazów w akcie tworzenia idei, gdyż człowiek wiąże przedmioty, jako też ruchy i czyny z odpowiedniemi nazwami (*Berillon*). Nasze badania i obserwacje wykazały, że w etjologji niemoty słyszących upośledzenie uwagi wzrokowej odgrywa szczególnie ważną, a w przypadkach z dobrem rozumieniem mowy nawet może dominującą rolę, bo tylko w razie dostatecznego skupienia tej uwagi na dany przedmiot można nauczyć chorego wymawiania jego nazwy. Prócz tego wadliwa uwaga wzrokowa utrudnia niezbędne w rozwoju mowy naśladowanie ruchów narządów artykulacyjnych. Niedostateczna uwaga dotykowa oraz osłabione poczucie mięśniowe zmniejsza zdolność zapamiętywania i zautomatyzowania położenia narządów mowy podczas wymawiania poszczególnych dźwięków. Według *Meumann'a i Treitel'a* upośledzenia pamięci i spostrzegania u chorych, dotkniętych niemotą słyszących powstają wtórnie wskutek zaburzenia uwagi. *Gutzmann* podkreśla w etjologji tego cierpienia osłabienie lub brak wrodzonej skłonności, chęci do mowy i do jej nasladowania.

Analiza obserwowanych przez nas przypadków niemoty słyszących wykazuje, że wielką rolę w postawaniu tego cierpienia odgrywają przebyte we wczesnem dzieciństwie schorzenia uszu w okresie kształtowania się mowy, gdy nawet przemijające, przez pewien czas trwające upośledzenie słuchu, może znacznie zaburzyć i nawet zatrzymać dalszy prawidłowy rozwój mowy. Lekkiego nasilenia upośledzenia słuchu w tym okresie powodują różne wady mowy (*Dylewski* „Szeplenienie i jego leczenie w świetle nowszych badań i spostrzeżeń" Polski przegląd. Otol. T. VI. z. 2. 1929 r.), głuchota zaś większego stopnia, lub też dłużej trwająca, może całkowicie powstrzymać rozwój mowy. Otitis media latens osesków spotyka się często i może przebiegać bez większych objawów i nawet bez przedziurawienia błony bębenkowej, wywołując jednak znaczne upośledzenie słuchu i trwać może dość długo (*Meyer* „die akute Mittelohrentzündung im Kindesalter" 1931).

Badania uszu chorych, dotkniętych niemotą słyszących, jak również dane wywiadu potwierdzają to przypuszczenie. W większości obserwowanych przez nas przypadków tej wady mowy rodzice podawali jako pierwszy objaw, dość nagle występujące przestanie reagowania na podniety słowne i nawet w wielu razach na podniety dźwiękowe, na które przedtem dziecko żywo reagowało i je rozumiało. W jednych przypadkach rodzice mówili, że ich dziecko jakby nagle zagłuchło, w innych znowu razach zauważali, że dziecko reaguje tylko na dźwięki silne i nie pokazuje już jak przedtem nazywanych przedmiotów i nie kieruje swego wzroku w ich stronę, jak to robiło dawniej. Badanie uszu u takich chorych często wykazywało zmętnienie i wciągnięcie, niekiedy blizny błony bębenkowej jako oznakę przebytego zapalenia ucha środkowego. W części obserwowanych przez nas przypadków niemoty słyszących rodzice zanotowali krótko trwający ropotok uszny w pierwszym roku życia.

Rozpoznanie niemoty słyszących nie zawsze jest łatwe i nie przedstawia trudności tylko w rzadkich przypadkach czystej ruchowej postaci tej choroby z zachowaniem rozumienia mowy. Utrata już wykształconej mowy nasuwa przypuszczenie znacznego upośledzenia rozwoju umysłowego, lub też afazji ruchowej gdy w wywiadzie stwierdzamy uraz czaszki lub schorzenia mózgu względnie opón mózgowych. Przypadków lekkiego uszkodzenia ośrodków mowy przed jej, wykształceniem nie można całkowicie wyłączyć z grupy niemoty słyszących, jako należących do działu afazyj, tak z powodu trudności ustalenia przebytych we wczesnem dzieciństwie uszkodzeń ośrodków mowy

jak również wskutek pewnej odmienności objawów chorobowych (brak parafazji i logorei w afazji sensorycznej), a przedewszystkiem wskutek odmiennego, łagodniejszego i pomyślniejszego przebiegu tego cierpienia u dzieci, u których zachowana jest bardzo pomocna w leczeniu wrodzona chęć i zdolność do naśladowania i nauczenia się mowy. Leczenie w przypadkach afazji ruchowej i niemoty słyszących też jest prawie jednakowe.

Znacznie trudniejsze bywa rozpoznanie w przypadkach czuciowej niemoty słyszących przy upośledzonem, lub całkowitem braku rozumienia mowy, szczególnie u dzieci młodszych z wyżej wspomnianemi objawami zahamowania psychicznego. W tych przypadkach niekiedy jest bardzo trudno wykluczyć znaczniejszego stopnia upośledzenie rozwoju umysłowego lub słuchu, które to cierpienia same też mogą powodować niemotę. Nieznacznego zaś stopnia upośledzenia słuchu i inteligencji, jak wykazaliśmy wyżej, nie wyłączają rozpoznania niemoty słyszących. Posługiwanie się przez starsze nieme dzieci do porozumiewania się pierwotnemi znakami wskazującemi, a nie naśladującemi i określającemi przemawia za znacznem upośledzeniem umysłowem. Dokładne ilościowe określenie słuchu, zwłaszcza u młodszych dzieci jest trudne, a niekiedy wprost niemożliwe. W czuciowej niemocie słyszących, przy upośledzonem rozumieniu mowy nawet jakościowe zbadanie słuchu, stwierdzenie jego obecności natrafia często na duże przeszkody i możliwe jest niekiedy dopiero po dłuższej obserwacji. W tych przypadkach przypuszczalne rozpoznanie tego cierpienia stawia się głównie na podstawie danych wywiadu u rodziców, którego dokładne zebranie jest tu nadzwyczaj ważne. Często niemi słyszący wykazują podczas pierwszego badania większą głuchotę, niż głuchoniemi, bo wskutek zaburzenia uwagi nie reagują niekiedy nawet na silne wstrząsy, łatwo odczuwane przez głuchoniemych. Tylko w trzeciej części naszych przypadków niemoty słyszących mogliśmy już podczas pierwszych wizyt stwierdzić dostateczny dla rozwoju mowy słuch zapomocą badań mową, lub stroikami. Badanie słuchu u osób niemych odbywa się zwykle w ten sposób, że się przyzwyczaja tych chorych podnosić rękę podczas słyszenia podawanego dźwięku. Sposób ten nie zawsze jest pewny, zwłaszcza u mniejszych dzieci, które często podnoszą rękę zupełnie przypadkowo, niekiedy nawet niezależnie od podawanych dźwięków. Do wykrycia obecności słuchu u małych dzieci *Gutzmann* posługuje się nagle, niespodziewanie dla badanego podawanemi różnemi dźwiękami (samogrające zabawki, harmonijka, stroik elektryczny i t. d.). Z reakcji

(przerażenie, zdziwienie) dziecka wnioskuje się o jego słuchu. *Georg Wihle* sporządził zabawki (grzechotki, dzwonki, gwizdawki), wydające dźwięki ustalonego natężenia i wysokości, zapomocą których podczas zabawy z dzieckiem można zbadać słuch ilościowo, ustalając na jakie zabawki i z jakiej odległości chory reaguje.

Niekiedy jednak wszystkie próby ilościowego badania słuchu u takich chorych zawodzą i w tych razach trzeba się zadowolnić wykryciem jakościowo dostatecznego dla mowy słuchu. *Nadoleczny* wymaga ilościowego zbadania słuchu przed postawieniem rozpoznania Audimutitas i radzi ogłaszać te przypadki dopiero po dłuższej, niekiedy parorocznej przerwie, gdy dziecko dostatecznie wyrośnie, by mogło dawać dokładne odpowiedzi podczas badania stroikami. Nie można zgodzić się z takiem stanowiskiem, jak to wyżej zaznaczyliśmy, ze względu właśnie na dokładność rozpoznania, bo słuch 6 — 7 letniego dziecka nie może być odzwierciadleniem słuchu tego samego osobnika przed paru laty, zwłaszcza w przypadkach niemoty przy zachowanym słuchu, w którem to cierpieniu, jak wykazały nasze badania i obserwacje, niewprawny, niedostatecznie dotąd używany słuch wyraźnie się polepsza w miarę leczenia, polegającego na ćwiczeniu narządu słuchu i przyzwyczajeniu kojarzenia obrazów słuchowych z obrazami innych narządów zmysłów. Pozatem słuch w ciągu dłuższej przerwy w badaniu może ulec zmianie wskutek rozmaitych cierpień uszu, powstałych w tym okresie. Naszem zdaniem rozpoznanie Audimutitas nawet u małych dzieci jest dostatecznie uzasadnione, jeżeli przy dostatecznej inteligencji stwierdzimy chociażby w przybliżeniu obecność słuchu, wystarczającego do rozumienia mowy, to znaczy, gdy dziecko słyszy $c^2 — g^2$ (Bezold) $c^2 — c^3$ (Stumpf).

Pomocnem w wykluczeniu głuchoniemoty było w szeregu naszych przypadków stwierdzenie u dzieci melodyjności głosu i mowy którą głusi od urodzenia szybko zatracają. Bardzo ważnym również objawem, przemawiającym przeciwko głuchocie jest ustalony przez nas u niemych słyszących brak, lub bardzo słaba umiejętność czytania mowy z ust, która u głuchoniemych zwykle szybko się rozwija, gdyż u nich, w przeciwieństwie do niemych słyszących, nie jest upośledzone kojarzenie ze sobą obrazów różnych zmysłów. Według *Fröschels*'a w przypadkach głuchoty chorzy nie reagują na drażnienie zewnętrznego przewodu ucha (Kitzelsymptom). O dostatecznym do mowy słuchu możemy również wnioskować z podanej przez nas negatywnej reakcji na dźwięki, gdy dziecko słysząc np. kaszlnięcie, lub niegłośne nawet odezwanie się obserwującego za drzwiami lekarza, reaguje na to nie zwróceniem się w stro-

nę dźwięku, ale jeszcze większem zamknięciem się w sobie. Niektórzy autorowie notowali osłabienie, zmniejszenie gaworzenia u dzieci dotkniętych niemotą słyszących. W obserwowanych jednak przez nas przypadkach rodzice zawsze podawali żywe, normalnie przebiegające gaworzenie.

Leczenie niemoty słyszących powinno być rozpoczęte jaknajwcześniej i mieć na celu wzmocnić wszystkie rodzaje zaburzonej uwagi, a szczególnie akustyczną, przyzwyczaić chorego do posługiwań się słuchem i kojarzenia obrazów słuchowych z obrazami innych narządów zmysłów (wzrokowemi, dotykowemi i t. d.). U chorych, rozumiejących mowę i spełniających polecenia słowne, leczenie polega na wyuczeniu tylko techniki mowy, podobnie jak to się robi w szkołach dla głuchoniemych. W przypadkach czuciowej niemoty słyszących z upośledzeniem rozumienia mowy leczenie jest znacznie trudniejsze, zwłaszcza u pacjentów mniejszych, opornych i lękliwych. W tych razach najważniejszem zadaniem jest przedewszystkiem nauczyć dziecko koncentrować uwagę i pobudzić brakującą, niedostateczną chęć do mowy. Szablonowe ćwiczenia u takich chorych wzmagają tylko niechęć do wysławiania się. Jako prawidło należy przeprowadzać leczenie dzieci podczas zabaw z niemi, unikając przemęczenia. Ćwiczenia powinny być stale urozmaicane, nie nużące, żeby dziecko przez cały czas z ochotą się leczyło i nabierało coraz więcej chęci do mowy. Dobre są w tym celu różne zabawki i barwne obrazki, przyciągające uwagę dziecka, podczas pokazywania których stale wymawia się ich nazwę. Początkowe nazwy powinny być jaknajkrótsze i najłatwiejsze (np. MUU—krowa, BEE—koza i t. d.), bo w pierwszej części leczenia chodzi tylko o przyzwyczajenie wyrażania swych uczuć i chęci zapomocą dźwięków. Ta część zadania bywa zwykle najtrudniejsza. Należy uwzględnić przytem typ wyobrażeniowy dziecka i wykorzystywać jego najbardziej rozwinięte zmysły. Jeżeli dziecko ma przewagę uwagi wzrokowej, to najłatwiej daje się połączyć, skojarzyć z obrazem słuchowym nazwy barwnych, błyszczących obrazków i zabawek, które choć na chwilę przykuwają ku sobie uwagę dziecka. U dzieci, biorących do rąk i obmacujących każdy przedmiot, należy zacząć od kojarzenia obrazów słuchowych z podrażnieniami dotykowemi. Takie dzieci np. dość szybko uczą się odróżniać i nazywać przedmioty zrobione z odmiennego na dotyk materjału (ze szkła, drzewa, sukna). Najlepiej zawczasu sporządzić sobie komplet obrazków i zabawek, których nazwy z początku jednosylabowe i bardzo łatwe stopniowo stają się coraz trudniejsze do

wymawiania. Ten sam komplet zwykle służy do podobnego leczenia afazyj u dorosłych.

Nasze obserwacje i badania wykazują, że większość dzieci, dotkniętych niemotą słyszących przed rozpoczęciem mowy samodzielnej zaczyna rozumieć i odczytywać z ust nazwy pokazywanych obrazków i zabawek. Tę okoliczność należy wykorzystywać w trakcie leczenia i nie przeładowywać kuracji samemi tylko łatwo nużącemi ćwiczeniami słuchowemi. U kilku naszych chorych stwierdziliśmy wzmożenie wrażliwości słuchu w trakcie leczenia. Z początku chorzy ci nie reagowali zupełnie nawet na bardzo silne dźwięki, doprowadzane wprost do ucha zapomocą specjalnej słuchawki do ćwiczeń dźwiękowych (typu de Parrela). Po pewnym czasie już słyszeli i powtarzali podawane w ten sposób dźwięki, a następnie już nie znosili tych zbyt silnych dźwięków i odrywali z grymasem bólu słuchawkę od uszu. W jednym przypadku chory przez czas dłuższy powtarzał tylko wyrazy podawane do prawego ucha, tak że utrwaliło się przypuszczenie głuchoty na ucho lewe, jednakże potem chory zaczął powtarzać dźwięki podawane i do ucha lewego, którego słuch okazał się zupełnie normalnym. Obserwacje te wykazują ważność ćwiczeń słuchowych w leczeniu niemoty słyszących, jednakże należy je przeprowadzać planowo, nie szablonowo, indywidualizując w każdym poszczególnym przypadku. Dla podniesienia ogólnej sprawności ruchowej ćwiczenia mowy łączą z gimnastyką mięśni, tułowia i kończyn (*Gutzmann*). Leczenie niemoty słyszących powinno iść w parze z leczeniem istniejących schorzeń uszu, gardła i nosa, cierpienia bowiem tych narządów utrudniają prawidłowy rozwój mowy.

Jeżeli pierwsze lody zostały przełamane i dziecko nauczyło się już zapomocą różnych dźwięków zamiast znaków wyrażać swe uczucia i nazywać szereg przedmiotów, to dalsze leczenie idzie już stosunkowo łatwo. Przy dostatecznej cierpliwości ze strony lekarza i rodziców dziecko dość szybko powiększa zasób słów, nabiera coraz bardziej chęci do wysławiania się i po pewnym czasie samo dalej samodzielnie postępuje w nauce mowy.

Zapobieganie niemocie słyszących, jak i innych wad mowy przez rozpowszechnienie zasad higjeny, pielęgnowania mowy i głosu może w znacznym stopniu zmniejszyć liczbę tych cierpień.

Z Zakładu Bakterjologji Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie
(Kierownik — prof. dr. *T. Gryglewicz*).

O aglutynacji bezotoczkowych laseczek Frisch'a surowicami chorych na twardziel

podał
D-r ADAM ŁAPIŃSKI
Starszy Asystent Zakładu.

W rozpoznawaniu twardzieli obok badań klinicznych mogą być także pomocne badania serologiczne. Opisywano swoistość odczynu wiązania dopełniacza z surowicami chorych na twardziel.

Odczyn aglutynacyjny, łatwiejszy w wykonaniu od odczynu wiązania dopełniacza, mniej był stosowany z powodu niepewnych wyników, otrzymywanych z laseczkami śluzowemi *Frisch'a*. Gdy zaczęto używać laseczek pozbawionych otoczek śluzowych, wyniki stawały się dokładniejsze. *Porges* chemicznie rozpuszczał śluz bakteryj otoczkowych i takich już nieśluzowych bakteryj używał do aglutynacji. Inni autorzy sporządzali zawiesinę do aglutynacji ze starych szczepów, które hodowane przez czas dłuższy na podłożach przestawały wytwarzać otoczki śluzowe. Takich właśnie zawiesin laseczek nieśluzowych, otrzymywanych sposobem *Porges'a* i ze starych hodowli, używał *A. Laskiewicz* [1]) do odczynów aglutynacyjnych z surowicami chorych na twardziel. Autor zbadał surowice 32 takich chorych. Odczyn był stale dodatni i ujemny z kontrolnemi surowicami ludzi zdrowych. Miano surowic twardzielowych wahało się w granicach od 1:160 do 1:2000. W pracy swej autor nie podaje, czy szczepy, sztucznie pozbawione otoczek (*Porges*), gorzej aglutynowały się od szczepów starych nieśluzowych. *N. Gąsiorowski* i *H. Meisel* [2]) używali do aglutynacji wyłącznie szczepów nieśluzowych ze starych hodowli. Autorzy zbadali 43 surowice chorych na twardziel i uzyskali dodatni odczyn aglutynacyjny o mianie 1 : 600 do 1 : 2000 w 85,5 %; 96 surowic kontrolnych przeważnie dało odczyn ujemny; kilka tylko aglutynowało do miana 1 : 200 i jedna—1 : 400.

Sposób *Porges'a* naogół mało był stosowany, ponieważ uszkadzał bakterje. Laseczki niesluzowe otrzymywane ze starych hodowli

---

[1]) *A. Laskiewicz.* W sprawie odczynów biologicznych w twardzieli. Polski Przegląd Oto-Laryng. T. IV. 1927 r. p. 157.

[2]) *N. Gąsiorowski i H. Meisel.* Dalsze badania nad biologją pałeczek otoczkowych. Polska Gazeta Lek. 1929. N. 3 p. 45.

również nie zawsze dobrze się aglutynowały. Lepiej miały się aglutynować, podług niektórych autorów, laseczki niesluzowe otrzymywane z dysocjacji laseczek śluzowych. *E. Prášzek i M. Prica* [1]) działali bakterjofagiem na śluzowy szczep twardzieli i otrzymywali jego odmianę nieśluzową. Odmiana taka była swoistym antygenem: 9 surowic chorych na twardziel aglutynowało do miana 1:1600—1:12000; z 90 surowic kontrolnych kilka aglutynowało najwyżej do 1:200.

Mnie się również udało otrzymać odmiany nieśluzowe laseczek twardzieli, dodając do hodowli śluzowych bakterjofaga. Pozatem otrzymywałem jeszcze szczepy nieśluzowe z hodowli buljonowych laseczek śluzowych z surowicą swoistą, oraz ze starych szczepów, które dłuższy czas hodowane w pracowni przestawały wytwarzać otoczki [2]). Ze wszystkiemi szczepami, otrzymanemi temi trzema sposobami, wykonywałem odczyn aglutynacyjny, stosując surowice królików szczepionych i surowice ludzi chorych na twardziel.

Króliki uodporniałem dwiema odmianami laseczek twardzieli: jednego królika—odmianą śluzową, a drugiego—odmianą nieśluzową, otrzymaną pod działaniem bakterjofaga. Surowice obu królików aglutynowały szczepy nieśluzowe do miana 1:3200. Jednocześnie wykonana próba z zawiesiną, przygotowaną sposobem *Porges'a*, dała wyniki bardzo niewyraźne: nawet w słabych rozcieńczeniach laseczki nie całkowicie się aglutynowały, i ponad opadniętemi kłaczkami pozostawała zawiesina bakteryj.

Do aglutynacji z surowicami chorych [3]) używałem zawiesiny laseczek z odmiany nieśluzowej, otrzymanej zapomocą bakterjofaga. Zbadałem 21 przypadek chorych na twardziel; surowice 3 chorych na ozenę; 18 ludzi zdrowych i 70 surowic, nadesłanych na odczyn. Wassermanna, stanowiły kontrole. Wyniki zestawiłem w niżej podanej tablicy I.

Jak widać z tabelki, wszystkie surowice twardzielowe aglutynowały w rozcieńczeniach od 1:400 do 1:3200. Z 91 kontroluiących surowic 79 nie aglutynowało wcale, albo też tylko w rozcieńczeniu 1:50; 11 aglutynowało w rozcieńczeniu 1:100 i tylko jedna surowica — 1:200. Ze wszystkiemi surowicami twardzielowemi oprócz

[1]) *E. Prášzek i M. Prica.* Aglutinationsreaktion bei Rhinosklerom. Centralbl. f. Bakt. Or. Bd. 108: 1928. p. 376,

[2]) Dane szczegółowe, dotyczące sposobu otrzymywania odmian nieśluzowych, czytelnik znajdzie w mojej poprzedniej pracy p. t. O bakterjofagu i dysocjacji laseczek twardzieli nosa. Pamiętnik Wileńskiego Tow. Lek. T. IX. 1933 r.

[3]) Materjał do badania otrzymywałem z Kliniki Uszno-Gardlanej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie (kierownik—prof. dr. *J. Szmurło*).

Tablica I.

SUROWICE			ROZCIEŃCZENIA SUROWIC:						
Rozpoznanie kliniczne	Ilość ogólna	LICZBY PORZĄDKOWE	1/50	1/100	1/200	1/400	1/800	1/1600	1/3200
Przypadki twardzieli	1	87	+	+	+	+	+	+	+
	10	41, 42, 49, 50, 65, 68, 78, 81, 35 i 86	+	+	+	+	+	+	−
	5	53, 56, 57, 63 i 82	+	+	+	+	+	−	−
	5	46, 61, 62, 67 i 84	+	+	+	+	−	−	+
Przypadki ozeny	1	77	+	+	−	−	−	−	−
	1	75	+	−	−	−	−	−	−
	1	70	−	−	−	−	−	−	−
Zdrowi	2	45 i 83	+	+	−	−	−	−	−
	8	47, 66, 69, 71—73, 76 i 88	+	−	−	−	−	−	−
	8	8, 14, 15, 22, 23, 74, 79 i 80	−	−	−	−	−	−	−
Surowice nadesłane na odczyn Wassermanna	1	292	+	+	+	−	−	−	−
	8	194, 234, 240, 245, 246, 424, 499, i 574	+	+	−	−	−	−	−
	34	121, 163—170, 195—203, 247—250, 383, 431—441,	+	−	−	−	−	−	−
	27	122—126, 185—188, 207—213, 322—326, 466—471	−	−	−	−	−	−	−

aglutynacji wykonywałem jeszcze odczyny wiązania dopełniacza z antygenem ze śluzowych laseczek; wyniki zgadzały się z próbą aglutynacyjną. Laseczki więc nieśluzowe, otrzymane ze śluzowych zapomocą bakterjofaga, dobrze i swoiście się aglutynują surowicami chorych na twardziel. Aglutynację w rozcieńczeniach surowicy większych od 1 : 200 można uważać za swoistą.

Oprócz zawiesiny z żywych bakteryj nieśluzowych próbowałem jeszcze zawiesiny z bakteryj zabitych. Zawiesinę taką przyrządzałem w sposób następujący: dobowe hodowle agarowe nieśluzowych laseczek twardzieii spłókiwałem roztworem fizjologicznym, następnie ogrzewałem w t^0 60^0C w ciągu jednej godziny, potem dodawałem $^1/_{10}$ część 50% kw. karbolowego. Zawiesina zawierała 1 uszko 2-mi-

ligramowe nalotu bakteryjnego w 1 cm.^{3} roztworu fizjologicznego. Do próbówek rozlewałem po 1 cm.^{3} tej zawiesiny, dodawałem po 1 cm.^{3} surowicy odpowiednio rozcieńczonej, skłócałem i stawiałem do cieplarki na 4—5 godzin; potem wyjmowałem i trzymałem w t^0 pokojowej do następnego dnia. Z tą zawiesiną otrzymywałem wyniki trochę gorsze: po 6-ciu mesiącach laseczki zabite aglutynowały się surowicami swoistemi w rozcieńczeniach surowic nieco słabszych, niż laseczki żywe (patrz tab. II).

Tablica II.

Surowice		Zawiesina laseczek	Rozcieńczenia surowic:					
			1/100	1/200	1/400	1/800	1/1600	1/3200
Przypadki twardzieli	84	żywych	+	+	+	—	—	—
		zabitych	+	+	—	—	—	—
	85	żywych	+	+	+	+	+	—
		zabitych	+	+	+	+	—	—
	86	żywych	+	+	+	+	+	—
		zabitych	+	+	+	+	—	—
	87	żywych	+	+	+	+	+	+
		zabitych	+	+	+	+	+	—
Królik szczepiony laseczkami twardzieli		żywych	+	+	+	+	+	+
		zabitych	+	+	+	+	+	—
Zdrowy	88	żywych	—	—	—	—	—	—
		zabitych	—	—	—	—	—	—

Pomimo że laseczki zabite nieco gorzej się aglutynują, niż laseczki żywe, to jednak zupełnie się nadają do aglutynacji w wypadkach, kiedy ze względów technicznych nie można mieć za każdym razem zawiesiny świeżej, co szczególne ma znaczenie w niedużych pracowniach na prowincji. Gotowa zawiesina, wysłana do takieh pracowni, umożliwi wykonywanie aglutynacji na miejscu, co w znacznym stopniu ułatwi badania epidemjologiczne nad twardzielą. Przygotowywaniem i sprzedażą takiej zawiesiny do aglutynacji powinny się zająć instytuty państwowe.

Z oddziału chirurgicznego „A“ Szpitala Św. Trójcy w Kaliszu
(Ordynator Dr. med. *St. Radwan*).

Z Kazuistyki ciał obcych krtani [1]

Podał Dr. med. JAN GODLEWSKI.

20/XII 1932 r. został przyjęty na oddział chory B. M. lat 45, robotnik kolejowy, skierowany do szpitala z powodu „uwięźnięcia ciała obcego w przełyku“. Chory podaje, że dziś około godziny 14-ej „gwóźdź“, który trzymał w ustach podczas pracy wpadł mu do gardła, a stąd głębiej do przełyku. Po wpadnięciu kilka razy zakaszlał, poczem chwilowo kaszel ustał. Wkrótce pojawiło się krwioplucie oraz wystąpiły kłujące bóle w gardle, głównie przy łykaniu. Kaszel o niewielkiem nasileniu powrócił również, przyczem odpluwał obfitą plwocinę.

Obecnie skarży się na bóle w krtani, które występują przeważnie tylko przy łykaniu. Od czasu do czasu kaszle; plwocina bardzo obfita, rzadka, o rdzawem zabarwieniu. Mówi cicho; głos zupełnie czysty. Oddycha swobodnie.

Stan ogólny dobry. Temp. 38,6^{0}. Tętno 108 na min., miarowe, średnio napięte i wypełnione. Badanie lusterkiem wykazało: lewa połowa nagłośni zgrubiała; na jej językowej powierzchni widoczne czerwone dość rozległe plamy. W obu zatokach gruszkowatych duża ilość zalegającej śliny. W szparze głośni nieco poniżej chrząstek nalewkowatych widoczne jakieś obce ciało, pokryte szarawą wydzieliną.



Rozpoznano — ciało obce w krtani.

Po dokładnem znieczuleniu krtani i najbliższej okolicy 10% roztworem kokainy z adrenaliną przystąpiono do zabiegu usunięcia ciała obcego. W pozycji leżącej założono rurę tracheoskopową Brüningsa. Po odchyleniu nagłośni przedstawił się następujący obraz: cała lewa strona krtani żywo czerwona i obrzmiała. Pomiędzy strunami w szparze głośni widoczne obce ciało — pręt metalowy, długi, okrągły, ustawiony wzdłuż długiej

[1]) Komunikat na posiedzeniu Kaliskiego Tow. Lekarskiego dn. 13.I 1933 r.

osi głośni. Przy próbach wydobycia łapkami stwierdzono, że pręt ów jest mocno wklinowany i zupełnie nie daje się poruszyć. Przy silnem pociągnięciu za koniec, leżący bliżej nagłośni, wydobyto duży skobel żelazny (patrz rysunek wyżej), który ostrym końcem górnym był wbity w tylną ścianę krtani.

Bezpośrednio po zabiegu chory obficie odpluwa plwocinę, zawierającą świeżą krew. Zaraz też wstrzyknięto domięśniowo 2.0 cm.^{3} szczepionki według Delbeta f. „Klawe". Na szyję kompres z wody Burowa pod ceratką.

Chory przebywał w Szpitalu do dnia 31.XII 1932 r. Stan ogólny i miejscowy wykazywał powolną, ale stałą poprawę. Temperatura w ciągu pierwszych pięciu dni utrzymywała się w granicach od 37.2^0, 37.4^0 rano do 38.6^0 wieczorami, poczem obniżyła się do 37^0—37.4^0, utrzymując się na tym poziomie do końca pobytu chorego na oddziale. Dolegliwości, które były, a więc bóle kłujące, występujące przy łykaniu i przy żywszych ruchach szyją, stopniowo się zmniejszały, tak że chory, opuszczając szpital, uważał się za zupełnie zdrowego. Natomiast dość długo utrzymywał się foetor ex ore oraz obfita śluzoworopna plwocina. Codzienne badanie krtani przy pomocy lusterka pozwalało stwierdzić, że istniejące w niej zmiany, a mianowicie obrzęk i zaczerwienienie błony śluzowej oraz nieznaczne zgrubienie strun głosowych powoli się cofały. Na tylnej ścianie krtani tuż poniżej przestrzeni międzynalewkowej przez długi czas widać było otwór o brzegach nierównych, z którego wydobywała się ropna treść.

Pod wpływem stosowanego leczenia: 1) absolutne milczenie, które jednak chory przestrzegał tylko w ciągu pierwszych kilku dni; 2) płókanie gardła roztworem $K\ Mn\ 0_4$, 3) 27.XII powtórne wstrzyknięcie domięśniowe 2.0 cm.^{3} szczepionki według Delbeta f. „Klawe", 4) kompresy na szyję z wody Burowa pod ceratką, 5) inhalacje—wyżej opisane zmiany chorobowe cofnęły się. W dniu 31.XII przy badaniu lusterkiem stwierdzono: Struny lekko zaczerwienione, ruchomość ich zupełnie prawidłowa. Wydzieliny ropnej w krtani nie stwierdza się.

Tegoż dnia został wypisany do domu.

22.I b. r. otrzymałem od pacjenta list, w którym komunikuje mi, że ma się zupełnie dobrze. Połyka swobodnie, apetyt do jedzenia ma dobry; chrypki niema, nie kaszle, nie pluje, z ust mu nie czuć.

Opisany przypadek jest ciekawy z następujących powodów: 1) duży skobel żelazny o wymiarach: długość ramienia do zagięcia—3,8 cm, średnica ramienia—3 mm., przechodzi przez szparę głośni:

wywołując bardzo słaby odczyn ze strony aparatu ochronnego krtani. Skobel ten po wbiciu się w tylną ścianę krtani (płytka chrząstki pierścieniowatej) tkwił w części podgłośniowej w ciągu przeszło 8-miu godzin, nie powodując ani gwałtownego kaszlu, ani duszności, objawów, które zwykle towarzyszą uwięźnięciu ciała obcego w krtani. Oczywiście, że należy to objaśnić tem, że ciało obce było umiejscowione nieruchomo poniżej szpary głośni; 2) pomimo wielu niekorzystnych czynników, które w danym razie kazały rokować raczej niepomyślnie, a więc duży uraz chrząstki pierścieniowatej (ostre obce ciało zainfekowane było bardzo mocno wbite w chrząstkę, tak że przy pociąganiu łapkami wcale się nie ruszało), infekcja miejscowa krtani i możliwość wystąpienia groźnych dla życia powikłań miejscowych i ogólnych, za czem przemawiały zmiany miejscowe w krtani i ogólny odczyn organizmu (temp. $38{,}6^0$) — dalszy przebieg pooperacyjny był zupełnie gładki, przyczem stosunkowo w krótkim czasie nastąpił powrót do zupełnego zdrowia.

Ze szpitala Izraelickiego w Pińsku. Dyr. Dr. *D. Jewsiejenko.*

Dr. EDWARD PRAGIER.

„Ropotok mózgowy“ z ucha. Olbrzymi ropień mózgu pochodzenia usznego.

Samoistne opróżnianie się ropni mózgu należy do wyjątkowo rzadkich zjawisk w praktyce lekarskiej. W pierwszym rzędzie jednak jest to możliwe w ropniach pochodzenia usznego, ponieważ przetoki między jamą ropnia, a rozrzedzoną często kością skroniową mogą tworzyć połączenie ropnia z jamą bębenkową lub światem zewnętrznym. *Beck* w swoim referacie o samoistnem przerwaniu ropni płata skroniowego na powierzchnię mózgu zwraca uwagę, jak mało o tych wypadkach mówi się w piśmiennictwie, które jest zresztą bardzo obszerne, jeśli chodzi o patologję i klinikę ropni płata skroniowego.

Wiadomo że ropień mózgu nie napotyka wielkiego oporu dla swego rozrostu ze strony substancji rdzeniowej i ropnie często przerywają się do komory bocznej. *Uffenorde* zwraca uwagę na tę tendencję ropni płata skroniowego i sądzi, że przypadków przerwania się ropni tych do komory bocznej, klinicznie nierozpoznanych, jest więcej, niżby się przypuszczało. Bardziej odporna dla rozrostu

ropnia mózgu jest substancja korowa; jednak niewspółmiernie znikoma jest liczba opisanych przypadków przerwania się ropnia mózgu przez korę nazewnątrz. *O. Beck* ostatnio (1927) podaje cztery przypadki przerwania się ropnia płata skroniowego na powierzchnię mózgu, z których jeden pozostał przy życiu. Przerwanie się jednego z ropni płata skroniowego do średniej jamy czaszkowej dało obraz kliniczny zapalenia opon mózgowych; w drugim przypadku wytworzył się ropień opadowy szyi. Jeżeli ropień mózgu jest wyjątkowo dużych rozmiarów, długotrwałe ciśnienie na tkanki sąsiednie doprowadzić może do ścieńczenia kości czaszki, a nawet ubytków tej kości (*Körner*). Pęknięcie ropnia powoduje wówczas wylanie się ropy przez kość nazewnątrz. Tego rodzaju przypadki są bardzo rzadkie: najstarszy pochodzi od *Moranda* z r. 1768. Pozatem można je wyliczyć na palcach: przypadek, *Schede-Truckenbrot'a*, w nowszych czasach *Alt'a* i *Niels With'a*, — w tych przypadkach doszło do opróżnienia się ropnia mózgu przez łuskę kości skroniowej; *Pollack* (1894) i *Urbantschitsch* (1897) opisują opróżnienie się ropnia mózgu przez otwarty operacyjnie wyrostek sutkowy; *Zeller* (1895) opisuje przebicie ropnia móżdzku przez podstawę czaszki u osobnika gruźliczego; *Barrow* (1895) podaje przypadek przebicia się ropnia płata skroniowego przez lamina cribrosa do nosa; *Sutphen* opisuje przypadek ropnia móżdżku, który opróżnił się przez rozrzedzoną kość skalistą; zabliźnienie tego ropnia zostało potwierdzone sekcyjnie obok drugiego ropnia móżdżku; pozatem *Schondorff*, *R. Müller* i *Körner* opisują przypadki przebicia się ropnia mózgowia nazewnątrz.

Samoistne opróżnianie się ropni mózgu przez jamę bębenkową należy do bardziej jeszcze rzadszych zjawisk. Obserwowali je *Gribbon* (Lancet 1878) i *Randall* (Amer. Otol. Soc. Vol. V Part. I. 1892). W wypadkach tych nie doszło do wyleczenia. W pracy *Macewen'a* (1898) o ropnych schorzeniach mózgu podane są przypadki przerwania się ropni przez jamę bębenkową. Jeżeli mamy komunikację między jamą ropnia a jamą bebenkową wzgl. przewodem usznym zewnętrznym, możemy mówić o „ropotoku mózgowym“ z ucha. Rodzaj takiego ropotoku mózgowego wydarzył się w przypadku olbrzymiego ropnia mózgu, którego historję poniżej podaję.

Nr. 6398. Ewa Tylkowicz, lat 4. Dnia 17.I 1932 r. Rodzice przywieźli dziecko z powodu ropienia z lewego ucha, gorączki, niedowładu górnej i dolnej kończyny po stronie prawej oraz utraty mowy. Od 3-ch lat u dziecka zresztą zdrowego stale cieknie ropa z ucha lewego w niewielkiej ilości. Przed 6-ciu tygodniami dziecko

poczuło się źle, krzyczało w nocy, wysoko gorączkowało i przestało mówić. Rodzice zauważyli również porażenie górnej i dolnej kończyny po stronie prawej. Tak trwało 2 tygodnie, poczem nagle zrana zaczęła z ucha gwałtownie wyciekać ropa. Rodzice nadstawili naczynie i z ucha wylało się, jak twierdzi matka, „wiadro ropy“. W ciągu dnia jeszcze wyciekała ropa z ucha już mniej gwałtownie i następnego dnia wyciek ustał. Dziecko poczuło się lepiej, zaczęło mówić i poruszać prawą ręką i nogą. Spało znacznie lepiej; gorączka była mniejsza, i w ciągu 3-ch tygodni dziecko nie robiło wrażenia ciężko chorego. W tym okresie kilka dni nawet wstawało z łóżka i chodziło. Przed tygodniem znów utraciło mowę i gorzej zaczęło poruszać prawą ręką i nogą. Gorączkuje, źle śpi, jest przytomne, ale nie mówi; kilka razy w ciągu tego tygodnia wymiotowało. Badanie dziecka wykazało: budowę normalną, odżywianie złe. Temperatura 39^0, tętno 96. Bez zmian szczególnych w narządach wewnętrznych. W nosie i gardle nic szczególnego. Niewielkie wyrośle gruczołowate. Ucho prawe — otoskopowo norma. Ucho lewe: przewód zewnętrzny wypełniony polipowatą ziarniną, pochodzącą z jamy bębenkowej. W przewodzie nieco wydzieliny ropnej. Wyrostek sutkowy niezmieniony, niebolesny, wrażliwy raczej na wypuk, zarówno zresztą jak cała czaszka po stronie lewej. Badanie neurologiczne. Dziecko jest przytomne, ale osowiałe. Stwierdza się zupełny brak mowy przy normalnej reakcji w zachowaniu się względem otoczenia. Nieznaczna sztywność karku, słabo wyrażony Kernig. Oczy i głowa skierowane przeważnie nieruchomo w stronę lewą. Źrenica po stronie lewej szersza od prawej. Ptoza lewej powieki górnej. Wygładzenie fałdy noso-wargowej. Porażenie kończyny górnej i dolnej po stronie prawej. Wzmożenie wszystkich odruchów wogóle, prawostronnych zaś w szczególności. Wybitny klonus stopy obustronnie, bardzo długotrwały po stronie prawej. *Babiński, Gordon, Rossolimo* — dodatnie po stronie prawej. Brak odruchu brzusznego po stronie prawej. Badanie dna oczu (Dr. *Jewsiejenkowa*): obustronnie tarcza zastoinowa, wybitnie wyrażona po stronie lewej.

Przy tak wyraźnych objawach i anamnezie rozpoznanie było nietrudne, to też wieczorem tegoż dnia wykonano w uśpieniu ogólnem operację. Cięcie zwykłe nieco ku przodowi od góry. Zmiany rozrzedzające w kości wyrostka sutkowego. W jamie bębenkowej niewielki zropiały perlak. W przewodzie zewnętrznym polip uszny. Wykonano operację doszczętną. Obnażono ścianę zatoki esowatej, gdyż do niej sięgało rozrzedzenie kości. Ściana zatoki, w środkowej części zgrubiała, wykazuje niewielki szaro-żółty nalot. Zatoka nie

tętni, próżna. Nakłucie wykazuje krew. Obnażono szeroko oponę twardą środkowej jamy czaszkowej, poczynając od sklepienia jamy bębenkowej i uchyłka, które przedstawiało niecałkowicie wydzielony martwiak kostny. Opona wypięta, nie tętni, makroskopowo niezmieniona oprócz dwuch okrągłych małych łącznotkankowo zgrubiałych blizen w projekcji wyżej wymienionego martwiaka sklepienia. Blizenki przedstawiają się w postaci dwuch okrągłych szarawych nacieczeń o średnicy 3 do 4 mm. Nakłucie mózgu przez to miejsce wykazuje ropę białą, gęstą w znacznej ilości i pod ciśnieniem. Zapomocą strzykawki wyciągnięto 60 ccm. ropy, poczem cięcie na krzyż opony w miejscu wkłucia igły powoduje gwałtowny wypływ ropy z wnętrza olbrzymiej jamy mózgowej; ropa wylewa się poza pole i stół operacyjny, nie dąży się z jej wybieraniem. Po odpływie conajmniej 150 ccm. ropień wcale nie był opróżniony, wciąż wypływała ropa pod ciśnieniem, to też przez otwór w oponie założono grubszy tampon gazowy i wstrzymano w ten sposób dalsze ujście ropy, aby nie spowodować nagłego spadku ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Opatrunek. Bandaż.

18.I 1933 r. Dziecko zaczęło się zwracać do matki, rozmawia, porażenie kończyn ustępuje. Temperatura spada wieczorem do $36,8^0$. Bandaż pomimo grubej warstwy waty i ligniny zmoczony ropą. Starano się utrzymać dziecko w pozycji siedzącej. 19.I temp. $37,8^0$—$37,2^0$, tętno 96. Opatrunek. Sączki przepojone ropą. Po wyjęciu ich z wnętrza jamy ropnia wciąż jeszcze wypływa ropa bez wielkiego wprawdzie ciśnienia. Założono twardy dren gumowy otoczony sączkami. 20.I temp. $37,6^0$—$37,8^0$. Opatrunek. Dren gumowy jest wypchnięty przez tętniącą tkankę mózgową ku dołowi. Objętość jamy ropnia znacznie się zmniejszyła przez zbliżenie ścian. Wymiar jamy od dołu ku górze wynosi 10 cm. Dziecko czuje się naogół dobrze, ma apetyt, spi w nocy, porusza swobodnie nogą, gorzej ręką. 21.I wieczorem dreszcze i wysoka (do 40^0) temp. Tętno 120. Badanie krwi (Dr. *Bregman*) — bakterjologiczne drobnoustrojów nie wykazało. Opatrunek.

Od 22.I do 26.I temp. do 38^0. Samopoczucie dobre. Porażenie kończyn ustąpiło zupełnie, zarówno jak objawy oczne. Odruchy patologiczne, klonus utrzymują się. Dziecko rozmawia; mówi nprz.: „mama jeść", „daj mleka" i t. p. W obecności lekarzy z dzieckiem trudno się porozumieć, natomiast matka podaje, że dziecko reaguje, odzywa się, ale nie zawsze odpowiada na pytania. Codzienne opatrunki wykonywane w pozycji siedzącej. Wnętrze ropnia w ciągu kilku dni po operacji zamienia się w dwie komory, dolną i górną; każdy opatru-

nek wymaga opróżnienia natępo górnej komory, i wszelkie próby utrzymania drenu gumowego w przejściu łączącem obie komory nie udają się ze względu na stałe wypychanie go przez tkankę mózgową; to samo dzieje się z sączkami gazowemi. 28.I temp. 38^0 do $37{,}8^0$. Wymioty. 28.I—3.II. Stan dziecka pogarsza się. Częste wymioty. Dziecko źle spi w nocy. Wraca częściowo pareza kończyn. Dziecko rzadziej odzywa się, aczkolwiek jest przytomne. Temp. stale wysoka do 39^0, oprócz jednego dnia 29.I, gdy wieczorem było $37{,}4^0$. Opatrunki codzienne wykazują ten sam podział jamy ropnia na dwie komory, znacznie już węższe i mniejsze. Z wnętrza wraz z sączkiem odchodzą cząstki zmartwiałej tkanki mózgowej. 3.II. Sztywność karku i Kernig — dodatni. Nakłucie lędźwiowe wykazuje płyn mózgowo-rdzeniowy niezupełnie klarowny bez większego ciśnienia. Badanie płynu (Dr. *Bregman*). Ilość białka 0,9%. Nonne-Apelt i Pandy — dodatnie. 200 ciałek białych (przeważnie leukocytów) w 1 m/m^3. Drobnoustrojów nie wykryto. 4.II. Dziecko przytomne, ale bardzo słabo reaguje. Porażenie kończyn po stronie prawej. Brak mowy. Wymioty. 5.II. Bandaż całkowicie przemoczony wodnistą cieczą. W czasie opatrunku stwierdzono wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego z jamy pooperacyjnej. Temp. $36{,}8^0$—39^0. 6.II. Temp. $38{,}6^0$. Dziecko wypisane w stanie ciężkim na bezwzględne żądanie rodziców.

W przypadku opisanym uderza przedewszystkiem wielkość ropnia. Naogół trudno jest określić dokładnie wielkość lub zawartość ropnia mózgu. Po opróżnieniu ropnia większych rozmiarów następuje zresztą natychmiast zmiana objętości jamy ropnej wskutek znacznej elastyczności tkanki mózgowej. Zawartość zaś ropnia, nawet gdy się szykujemy do tego podczas operacji, trudno technicznie dokładnie obliczyć. Ze statystyki wielkich ropni mózgowia przytoczę następujące: *Knapp* opisuje przypadek ropnia płata skroniowego 8 cm szerokości i 6,5 cm wysokości; *Manasse* podaje wymiar strzałkowy ropnia mózgu na 12 cm. Zawartość ropnia w liczbach podaje *Alt* (60 cm. sz.), *Nuhsman* (75 cm. sz.), *Henke* (120 cm. sz.), *Manasse* (100 cm. sz.); *Schwartze* wydostał nawet 400 cm. sz. ropy z ropnia płata skroniowego.

Ropień mózgu w naszym przypadku można śmiało nazwać olbrzymim. Wymiar jego od dołu ku górze wynosił jeszcze na trzeci dzień po operacji 10 cm, zawartość zaś jego obliczam *conajmniej* na 300 cm. Można sobie wyobrazić, że tak wielkich rozmiarów ropień zajmował lewą połowę dziecięcej zresztą czaszki i odpychał mózg ku drugiej połowie. Nic też dziwnego, że spowodował wyraź-

ne objawy miejscowe, a więc porażenie kończyn, afazję, objawy oczne i wszystkie inne, typowe dla ropnia mózgu. W przypadku naszym trudno określić napewno rodzaj afazji u dziecka 4-letniego; sądząc jednak z zupełnego braku mowy u przytomnego i reagującego normalnie pacjenta, należy przypuszczać, że oprócz sensorycznej miał również i motoryczną. *Sonntag* w statystyce na 155 przypadków ropni liczy 9 również z afazją motoryczną i uważa ją za skutek działania mechanicznego, toksycznego, a najczęściej zapalenia opon mózgowych w obrębie ośrodka Broca. W naszym przypadku niewątpliwie łatwo wytłumaczyć afazję motoryczną olbrzymiem ciśnieniem wewnątrzczaszkowem, a więc działaniem mechanicznem na płat czołowy, które ustępowało zarówno po samoistnem, jak i pooperacyjnem opróżnieniu ropnia. Możliwe, że sensoryczna afazja jednak zostawała, bowiem po operacyjnem wypróżnieniu ropnia, gdy inne objawy ustępowały, dziecko rozmawiało, czuło się dobrze, ale porozumieć się z nim było trudno nawet matce. Znaczne ciśnienie wewnątrzczaszkowe spowodowało również ucisk na lewy nerw okoruchowy i ośrodek odwracania oczu w drugim zwoju lewego płata czołowego.

Wielkość ropnia zdecydowała również o prognozie przypadku: niewątpliwie rozwinęło się dość wcześnie zapalenie tkanki mózgowej pomimo ropnia, bowiem w 10 dni po operacji afazja i porażenie kończyn, które ustąpiły po opróżnieniu ropnia, stopniowo wróciły, jako wyraz zajęcia samej tkanki mózgowej w obrębie ośrodków mowy i ruchu, albo dróg piramidalnych; ostatecznie przyszło do rozlanego zapalenia mózgu i opon mózgowych, czego objawy mieliśmy już w ostatnich dniach pobytu dziecka w szpitalu. Ciekawem jest, że pomimo tak wielkich rozmiarów ropnia nie mieliśmy długi czas objawów przerwania się tegoż do komory bocznej, ani do przestrzeni oponowych, stało się to dopiero pod sam koniec, gdy wystąpiły objawy rozlanego zapalenia opon mózgowych i mózgu. Wprawdzie *Uffenorde*, opierając się na 2-ch bardzo pouczających przypadkach, zwraca uwagę, że połączenie ropnia mózgu z komorą boczną nastąpić może bez wybitnych objawów klinicznych.

Körner uważa, że ropień mózgu o rozmiarach większych, niż jajo kurze z reguły przebija się do komory bocznej lub opon mózgowych. W naszym przypadku mieliśmy ropień znacznie większy od jaja kurzego, jednak przed otwarciem operacyjnem przebił on napewno tylko korę mózgową w dolnej powierzchni płata skroniowego. Nie ulega wątpliwości, że ropień opisany ***opróżnił się samoist-***

nie na 4 tygodnie przed przybyciem dziecka do szpitala i dał obraz nagłego „ropotoku mózgowego" z ucha, Z wywiadów wynika, że zrana nagle z ucha gwałtownie zaczęła wylewać się ropa; lało się tak, że trzeba było podstawić naczynie i, jak opowiadają rodzice, wylało się „wiadro ropy". Pomimo przesady, którą wybaczyłem podczas operacyjnego otwierania ropnia, jasnem jest, że pękł i wylał się nagle bardzo wielki zbiornik ropy; nie było u dziecka innego tak wielkiego zbiornika ropy oprócz ropnia mózgowego, stwierdzonego podczas operacji, dlategoteż ustąpiły po tym obfitym ropotoku objawy uciskowe, jak porażenie kończyn i afazja (motoryczna ?), Ciśnienie wewnątrz ropnia było prawdopodobnie tak wielkie, że rozerwało oponę twardą w miejscu najbardziej podatnem, a więc nad martwiakiem kostnym, w sklepieniu jamy bębenkowej i uchyłka, którędy już prowadziła droga bezpośrednio do przewodu zewnętrznego ucha. Gdy ciśnienie zewnątrz ropnia w ciągu doby zmniejszyło się, miejsca przedziurawienia w oponie mogły się zlepić i następczo zrosnąć, pozostawiając dwie świeże okrągłe łączno-tkankowe zgrubiałe blizenki, które stwierdziliśmy na oponie twardej podczas operacji. Pouczającem jest również *zachowanie się ścian ropnia* po operacji. Tkanka mózgowa jako elastyczna dąży do wypuklania się w miejscu najmniejszego oporu, a tem miejscem jest środek ropnia; powstaje w ten sposób 2-komorowy podział ropnia z wąskiem przejściem w miejscu zbliżenia się ścian ropnia, rodzaj klepsydry piaskowej, lub kształtu ósemki (8). Tego rodzaju zachowanie się ścian ropnia miałem możność zaobserwować w jeszcze jednym z 9 operowanych (1927—1932) ropni mózgowia, który też wyróżniał się swoją wielkością i zakończył się pomyślnie. Przypuszczam, że nietylko elastyczność tkanki mózgowej decyduje w olbrzymich ropniach o zachowaniu się ścianek, ale i stan zapalny tkanki mózgowej powoduje obrzęk tejże i zmniejszanie się wnętrza jamy mózgowej, a przedewszystkiem zwężenie przejścia, łączącego obie komory ropnia, co utrudnia w znacznej mierze pooperacyjne sączkowanie ropnia. Dren nawet twardy umieszczony w przejściu łączącem komory, pomimo przytwierdzenia go lub podwiązania, zostaje wyparty z komory górnej przez stale tętniącą tkanką mózgową. W następstwie każdy opatrunek powoduje traumatyzowanie tkanki mózgowej przez rozszerzanie przejścia i opróżnianie górnej komory, w której stale zbiera się pewna ilość ropy. Zabiegi takie, aczkolwiek wykonywane natępo, nie mogą pozostać bez wpływu nad tkankę mózgową, a więc i na stan zapalny ścian ropnia. W ten sposób tworzy się błędne koło w przebiegu pooperacyj-

nym ropnia, prowadzące w ostateczności do rozlanego zapalenia mózgu. Sądząc zresztą z piśmiennictwa, olbrzymie ropnie mózgu skazane są zgóry na zejście niepomyślne.

Tydzień Otolaryngologiczny na Sycylji.

Sprawozdanie ze zjazdu II-o Congresso d. Societa Otolaringol. latina w Catanji 28.IX—1.X i Soc. italiana di Otorhinolaringol. 1.X—4.X.31 w Messynie.

Skreślił: Prof. D-r A. LASKIEWICZ.

(Dokończenie).

Z kolei profesor *Caliceti* z Bolonji wygłosił odczyt pod tytułem: Complicazioni endocraniche dei processi infiammatori del seno mascellare. Powikłania wewnątrzczaszkowe w przebiegu zapaleń jamy górnoczaszkowej zdarzają się procentowo częściej w następstwie jej przewlekłego ropienia (*Gerber* 30%, *E. Toti* 20%), nagle zaostrzonego pod wpływem grypy, szkarlatyny i tym podobnych chorób, rzadziej stan zapalny szpiku kostnego (osteomyelit) kości szczęki górnej w następstwie urazów pooperacyjnych staje się ich przyczyną (*St. Clair Tompson*, *Tilley*, *Moeller*, *Weil*, *Claoué*). Momentem usposabiającym do wystąpienia powikłań wewnątrzczaszkowych mogą być również wrodzone uchyłki ścian jamy górnoszczękowej w kierunku oczodołu, względnie fossa pterygomaxillaris. Obszerne zatokowate jamy, przedzielone niekiedy wewnątrz przegrodą, mają ściany znacznie cieńsze i obfitują w liczne żylne anastomozy. Drogi szerzenia się zakażenia z jamy górnoszczękowej mogą być bezpośrednie przez splot żylny skrzydełkowo - żuchwowy, żyły klinowo-podniebienne, żyłę skrzydełkową górną i oczodołowe do zatoki jamistej, lub pośrednio w tem znaczeniu, że proces zapalny przechodzi na oczodół lub jedną z jam sąsiednich (sitowa, klinowa), skąd dopiero przenosi się dalej zakażenie do wnętrza czaszki. W rzadszych przypadkach proces przenieść się może na opony przez naczynia chłonne właściwe, przestrzenie chłonne około - naczyniowe, a dalej przez próchnicę tylnej ściany kostnej jamy Highmora *(Westermeyer)* na naczynia, leżące w can. Vidianus i żyły okołotrąbkowe, w kierunku podstawy czaszki, w końcu jako następstwo ogólnego zakażenia sprawą zapalną ropną tejże jamy. Sprawy zapalne szpiku kostnego w następstwie

zabiegów operacyjnych doszczętnych w jamie górnoszczękowej to jest osteomyelity, będące niejednokrotnie punktem wyjścia powikłań wewnątrzczaszkowych, zdarzają się zdaniem *Luca, Tilleya* i *Sieua i Revillois'a* częściej u kobiet, niż u mężczyzn, a przedewszystkiem w wieku dziecięcym, w którym diploë jest silniej wykształcona.

Z całego szeregu powikłań wewnątrzczaszkowych autor spotykał pachymeningitis externa i ropień zewnątrzoponowy najczęściej w połączeniu z zapaleniem opon mózgowych. Ta postać powikłania wewnątrzczaszkowego powstaje najczęściej w przebiegu zapaleń ropnych wszystkich jam bocznych nosa (polisinusitis) z udziałem jamy górnoszczękowej jako głównego ogniska ropnego, przyczem miejscem przedostania się infekcji do wnętrza czaszki są zwykle cienkie ścianki komórek sitowych, jamy czołowej lub klinowej, sąsiadujących bezpośrednio z oponą twardą, rzadziej zakrzepy zatok mózgowych. Leptomeningitis, wywołana przejściem zjadliwej infekcji z jamy Highmora wprost na opony, lub częściej drogą zakrzepów zatok żylnych, ma przebieg bardzo gwałtowny. Meningitis serosa występuje niekiedy po zabiegach operacyjnych na zatoce czołowej, rzadziej górnoszczękowej, jak to wykazał *Ripault* i *Marschik*. Ropień mózgowy płata czołowego lub skroniowego jest rzadkiem powikłaniem spraw zapalnych ropnych jam bocznych nosa (polisinuitis) z udziałem jamy Highmora. W przypadkach, opisywanych przez *Paunza, Moellera, Haickego, Piffla, Killiana Struyckena* i *Legaarda*, ropień ten występował w następstwie przewlekłego ropienia zatoki szczękowej i czołowej, wskutek przebicia się przez jej tylną ścianę do jamy czaszkowej przedniej. Zakrzepy zatok żylnych zdarzają się w przebiegu zapaleń ropnych jam bocznych nosa dość często i to przedewszystkiem zatoki jamistej, rzadziej podłużnej. W przypadku *Clauégo* zakrzep zatoki podłużnej wystąpił w następstwie ropnego zapalenia szpiku kostnego szczęki górnej i przeniesienia się infekcji na kość czołową. W przypadku zaś *Meurera* proces zapalny szedł wzdłuż fossa pterygoidea na plexus caroticus do zatoki jamistej.

Autor opisuje przypadek kobiety lat 45, u której w przebiegu ostrego ropnego zapalenia jamy górnoszczękowej prawej wystąpiły nagle bardzo silne bóle głowy w okolicy czoła z częściową utratą przytomności, ogólnem osłabieniem i wymiotami. Przy badaniu rynologicznem dał się zauważyć znaczny obrzęk muszli środkowej i dolnej z wydzieliną ropną w przewodzie środkowym, wytrzeszcz gałki ocznej po tej stronie z hemozą i obrzękiem obu powiek. Również

oko lewe okazywało lekki wytrzeszcz przy zachowanej zresztą ruchomości gałki ocznej i nieznacznym obrzęku spojówek i powieki górnej. Pomimo zabiegu radykalnego otwarcia jamy szczękowej chora zmarła po 2-ch dniach wśród objawów zapalenia opon mózgowych w następstwie zakrzepu zatoki jamistej i żyły oczodołowej, której zakrzep pierwotny należało przyjąć wobec wyraźnej flegmony oczodołowej i znacznego obrzęku błony śluzowej muszel nosowych. W końcu autor zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze poszczególnych postaci powikłań wewnątrzczaszkowych, a w szczególności ropni płata czołowego (przypadki *Leegarda*, *Westermeyera*, *Dmochowskiego*, *Panasa* i *Haickiego*). — Punkt 8-my: „exploration radiographique du sinus maxillaire dans les différentes conditions pathologiques" wygłosił *G. Worms* z Paryża, demonstrując całą serję wyborowych zdjęć rentgenowskich jamy Highmora przy użyciu lipiodolu oraz nieliczne przypadki t. zw. parasinuitis, to jest zatarcie zarysów ścian kostnych jam bocznych nosa pierwszego rzędu w stanach zapalnych przewlekłych tych jam.

Następnie profesor *Lasagna* z Parmy skreślił w obszernym referacie: „Le sinusiti mascellari nell' infanzia", patogenezę, obraz kliniczny oraz terapję tego schorzenia. Rozwój jamy górnoszczękowej stoi w związku z rozwojem kości twarzy i uzębienia. Spóźniony rozwój przedniej ściany jamy Highmora powoduje znaczne opóźnienie w pojawieniu się trwałego uzębienia, jak również w wykształceniu się zachyłków górnych oczodołowych i łzowych oraz zmianę w skostnieniu zębodołów. Ze strony fizjologicznej autor podnosi łatwość odnawiania się powietrza w jamie górnoszczękowej u oseska podczas ssania w odróżnieniu od osobników starszych, u których ta naturalna wentylacja jamy górnoszczękowej jest znacznie słabsza. Przyczyny miejscowe powstawania zapaleń jamy górnoszczękowej u osesków są w pierwszym rzędzie nieżyty ostre nosa na tle zaziębień, zimnych kąpieli, złych warunków klimatycznych. Z zakażeń zaś główną rolę odgrywają tu streptokoki, staphylokoki, micrococcus catarrhalis i prątki dyfterji. W 63% przypadków według statystyki *Oppikofera* przyczyną częstych zapaleń jamy Highmora są przewlekłe nieżyty nosa, obecność wyrośli adenoidalnych, polipów nosowych, rhinolitów, ciał obcych i temu podobne, łączące się z obrzękiem śluzówki w okolicy ujścia tej jamy, i upośledzające w znacznym stopniu swobodną wentylację zatoki.

Zakażenia, wychodzące z małych ognisk migdałka podniebiennego, nieostrożne przemywanie nosa środkami drażniącemi, a wreszcie

zakażenia od strony zepsutych zębów — oto najczęstsze przyczyny zapaleń ostrych jamy Highmora u dzieci. Schorzenia tejże jamy na tle wrodzonej kiły występują u małych dzieci często pod postacią osteitis necrotica o ciężkim przebiegu. Z przyczyn ogólnych wymienić należy choroby zakaźne (szkarlatyna, odra) choroby wyniszczające przewodu pokarmowego, krzywica, które osłabiają odporność ustroju, a równocześnie usposabiają do częstych nieżytów nosa i nosogardła. Awitaminoza (brak witamin A, B, C, D) może, zdaniem *Wallace'a*, *Deana* i *Danielsa* również usposabiać do schorzeń jamy nosowej, jamy Highmora, narządu łzowego, rogówki, ucha środkowego, języka, gruczołów chłonnych i t. p. Dieta zaś, obfitująca w witaminy A i B, wpływa korzystnie na ich leczenie. Autor poświęca dłuższy ustęp omówieniu związku schorzeń górnych dróg oddechowych i jam bocznych nosa z awitaminozą. Objawy przewlekłego zapalenia jamy górnoszczękowej z rozrostem błony śluzowej oraz wydzieliną śluzoworopną w danej połowie nosa mogą być pomięszane ze schorzeniem tejże jamy na tle gruźliczem. Z powikłań ostrych zapaleń jamy Highmora u dzieci występują w pierwszym rzędzie powikłania oczodołowe, gdyż, jak wynika z budowy anatomicznej, recess. orbitalis tejże jamy sięga dość głęboko w dół w obręb światła jamy górnoszczękowej. Należą tu w pierwszym rzędzie „etât fluxionnaire" w przebiegu ostrych i przewlekłych zapaleń komórek sitowych, a w dalszym ciągu ropnie i flegmony oczodołowe z groźnemi wewnątrzczaszkowemi powikłaniami. Następnie powikłania ze strony dróg oddechowych pod postacią astmy, nieżytów gardła, zapaleń migdałków podniebiennych oraz nieżytów tchawiczooskrzelowych należą do powikłań dość często spotykanych w przebiegu ostrych i przewlekłych zapaleń jamy górnoszczękowej. To ostatnie powikłanie autor nazywa „bronchosinusitis" którego etjologja daje się wykazać także „ex juvantibus" na podstawie dodatniego wpływu leczenia zachowawczego i operacyjnego zapaleń jamy Highmora.

W leczeniu spraw zapalnych jamy Highmora u dzieci autor radzi współpracę z pedjatrą. Z punktu widzenia specjalisty wskazane są częste przepłókiwania nosa fizjologicznemi roztworami soli kuchennej, a następnie wkraplanie do nosa roztworów białkowych srebra (Ag. proteinic. 0.25%). Wziewania wód siarczanych lub szczawy jodowożelazistej zaleca się zwłaszcza w skazie limfatycznowysiękowej. Ważną też rolę w leczeniu tych zapaleń u dzieci stanowi dieta witaminowa, obfitująca w witaminy A, B, C i D, po zastosowaniu której

autor otrzymał nieraz nadzwyczaj szybką poprawę. Co się tyczy zabiegów chirurgicznych, stosowanych w leczeniu przewlekłych zapaleń jamy Highmora u dzieci, to powinno się zaczynać od nosogardła, to jest od adenotomji, gdyż adenoidy są jednym z ważnych czynników, usposabiających do powstawania zapaleń jamy Highmora. Otwarcie zatoki szczękowej u dzieci, autor radzi wykonywać dopiero po wyczerpaniu środków zachowawczych i to w pierwszym rzędzie od strony nosa sposobem *Clauégo*. Nawiązując do powyższego referatu, *H. Bourgeois* (Paryż) przedstawił wskazania lecznicze w przebiegu zapaleń jamy szczękowej. Wszystkie stany zapalne ropne jamy Highmora muszą być z reguły leczone gruntownie aż do zupełnego wyleczenia.

Jak ważną rzeczą jest gruntowne opanowanie tego pierwotnego ogniska ropienia, dość wspomnieć o częstych powikłaniach sinusitis maxillaris chronica pod postacią szerzenia się złośliwej infekcji na komórki sitowe, jamę klinową, rzadziej w kierunku oczodołu. Objawy tej, tak zwanej „intoxication génerale latente", obejmującej narząd pokarmowy, drogi żółciowe oraz drogi oddechowe górne i dolne, dadzą się w poszczególnych wypadkach wykazać z całą dokładnością. Sposoby leczenia zachowawczego przy pomocy wziewań rozczynów alkalicznych, szczepionek, środków przeciwgorączkowych mają znaczenie przedewszystkiem w ostrych stanach zapalnych (nieżytowych) tejże jamy zwanych przez autora *„coryza du sinus"*, które przechodzą często samoistnie bez jakiegokolwiek leczenia. Zapalenia zaś ostre ropne jamy Highmora wymagają częstego przemywania środkami antyseptycznemi drogą nakłócia pod małżowiną dolną, względnie wyskrobania zmienionej śluzówki przez szeroki otwór w temże miejscu, zależnie od ciężkości zmian na śluzówce, wyściełającej tę jamę. Podobnie w zapaleniach ropnych przewlekłych musimy się już od początku uciekać do szerokiego otwarcia wewnątrznosowego sposobem *Clauégo*, by umożliwić dokładny odpływ wydzielinie, a jednocześnie móc działać skutecznie środkami ściągającemi, względnie wykonywać curetement zmienionej śluzówki. Jeżeli po usunięciu zepsutego zęba proces mimo wszystko nie cofa się, należy przedsięwziąć zabieg doszczętny sposobem *Caldwell - Luca*. Sinusitis purul. ac., spowodowaną pruchnicą korzeni zębów przedtrzonowych i trzonowych, powinno się od samego początku poddać zabiegowi operacyjnemu, a zwłaszcza jeżeli w następstwie osteomyelitis kości górnoszczękowei przyszło do flegmony twarzy lub oczodołu. W przypadkach zaś przewlekłych autor usuwa odpowiedni ząb z pozosta-



Grupa uczestników II-go Congr. d. Soc. Otolaryngollatina w Catanji 28.IX 1931 na dziedzińcu Uniwersytetu. w środku od lewej siedzą prof. *Tapja* (Madryt) prof. *Citelli* (Catanja) prof. *F. Chavanne* (Lyon).

wieniem trwałej przetoki zębodołowej, umożliwiającej częste przepłókiwanie jamy górnoszczękowej środkami antyseptycznemi w ciągu 2-ch — 3-ch miesięcy. Kiedy po upływie tego czasu sprawa się nie cofnie całkowicie, wówczas należy jamę tę poddać zabiegowi doszczętnemu. Zapalenie ropne jamy Highmora, nie będące następstwem próchnicy zębowej, może się znacznie polepszyć pod wpływem leczenia przepłókiwaniami, i znów jeżeli proces utrzymuje się zbyt długo, należy nie zwlekać z wykonaniem operacji modo *Caldwell Luca.*

W uzupełnieniu powyższego referatu *M. Bremond* (Marsylia) omówił w porządku chronologicznym metodykę leczenia operacyjnego przewlekłych spraw zapalnych jamy Highmora, zaczynając od najstarszej drogi przez zębodół i przez fossa canina. Bardziej zachowawcze drogi wewnątrznosowe, podane przez *Lichtwitza, Krauzego, Jurasza, Siebienmanna*, a wreszcie *Clauégo* i *Le Mée*, stanowią podziś dzień stały repertuar każdego specjalisty. Natomiast drogi kombinowane wewnątrz i zewnątrznosowe sposobem *Canfield-Sturmanna* czy *Denkera*, względnie *Kretschmanna*, dozwalające na równoczesne wyskrobanie zmienionej śluzówki jamy górnoszczękowej, mają dziś już nielicznych tylko zwolenników, wobec stosunkowo bardzo dogodnej i prostej metody *Caldwell-Luca.* Sposób *Desault-Sebileau*, polegający na szerokiem wytrepanowaniu ściany twarzowej zatoki, może być również stosowany w celu dokładnego wyskrobania wnętrza jamy Highmora i daje szybkie wygojenie rany.

W końcu autor podaje zestawienie procentowe wyników powyższych metod operacyjnych z uwzględnieniem bogatej kazuistyki własnej. Leczenie szczepionkowe zapaleń jamy górnoszczękowej omówił profesor *P. Carco* z Katanji na podstawie leczenia 10-ciu przypadków zapaleń tejże jamy, a mianowicie: 4-ch ostrych, 2-ch podostrych i 4-ch przewlekłych, z których 2-ch przypuszczalnie wyleczył całkowicie bez operacji, przychodzi autor do następującego wniosku: Wakcynoterapja zapaleń jamy Highmora jest dzielnym środkiem pomocniczym w leczeniu tych spraw i to przedewszystkiem ostrych i podostrych. Zapalenia przewlekłe wymagają prócz tego jeszcze częstych przemywań drogą nakłucia w dolnym przewodzie nosowym, względnie drenażu jamy górnoszczękowej sposobem *Citelliego* od strony fossa canina. Najlepsze wyniki otrzymywał autor przy zakażeniach monobacilarnych, a w szczególności pneumokokowych lub prątkiem *Friedländera*, gorsze przy zakażeniach strepto— lub stafylokokowych, najgorsze przy infekcji mieszanej, przy której

trudno o uzyskanie czystej autowakcyny, ze względu na niemożność ustalenia, który z drobnoustrojów jest właściwie przyczyną stanu zapalnego. W tym ostatnim wypadku autor był zmuszony uzupełniać leczenie szczepionkowe częstemi przemywaniami jamy Highmora słabemi środkami antyseptycznemi drogą punkcji tejże jamy przez przewód dolny. Autowakcyna jest znacznie skuteczniejsza od heterowakcyny, przyczem warunkiem nieodzownym jest swobodny odpływ wydzieliny z jamy górnoszczękowej przez ostium naturale na zewnątrz.

Powyższy temat uzupełnił poniekąd *Moulonguet* (Paryż) własnemi wynikami: Traitement des sinusites maxillaires chroniques par la bacteriophage d' Herelle. Autor, studjując podstawy biologiczne tego sposobu leczenia, przyszedł do wniosku, że każdy bakteriofag ma zdolność wpływania na cały szereg drobnoustrojów w tem znaczeniu, że osłabia znacznie jadowitość, a prócz tego działa niszcząco na poszczególne rodzaje drobnoustrojów. Autor używał tak zwanego „stockbacteriophage polyvalent", który wprowadzał drogą nakłucia pod muszlę dolną w ilości 2 — 5 cm^3 do jamy górnoszczękowej. Na 12 przypadków w siedmiu otrzymał całkowite wyleczenie. W przypadkach długotrwałego ropienia leczenie to nie dawało wyników pozytywnych z powodu pewnej odporności drobnoustrojów na dany rodzaj bakterjofagów. Autor uzupełniał leczenie w tych przypadkach autohemoterapją domięśniową w ilości 5—10 cm^8 krwi własnej co 3-ci dzień.

W dalszym ciągu *L. Pietrantoni* (Brescia) omówił swoje spostrzeżenia, dotyczące leczenia zdrojowego, a w szczególności korzystnego wpływu niektórych wód mineralnych na przebieg procesów zapalnych ostrych i przewlekłych jamy górnoszczękowej (crenoterapia delle sinusiti m.). Powyższy sposób leczenia wywiera przedewszystkiem korzystny wpływ na ogólną przemianę materji, przez co wpływa dodatnio na zmniejszenie się nacieków zapalnych w jamach bocznych nosa, a prócz tego podnosi w znacznym stopniu wartość leczenia miejscowego. Stosowanie miejscowe tych wód mineralnych na powierzchnię śluzówki nosa pod postacią rozpylań czy wziewań działa równocześnie na śluzówkę jam bocznych nosa, zwłaszcza jamy górnoszczękowej, jak to wynika z doświadczeń *Caldery* i *Gradeniga*, wnikając podczas każdego głębokiego wdechu przez ich ujścia naturalne do wnętrza tej jamy. Pary tych solanek, wchodząc w bezpośredni kontakt z błoną śluzową na szerszej przestrzeni wpływają dodatnio na krążenie krwi w powierzchownych i głębszych naczy-

niach śluzówki i zwiększają znacznie wydzielinę gruczołów śluzowych oraz czułość śluzówki na bodźce zewnętrzne. Związki siarkowe (siarczki amonowe) mają prócz tego jeszcze działanie odkażające. Warunkiem nieodzownym skutecznego leczenia powyższemi wziewaniami wód mineralnych jest całkowita drożność przewodów nosowych oraz swobodna wentylacja jamy Highmora, toteż wszelkiego rodzaju ich zwężenia, przerostowe nieżyty błony śluzowej, skrzywienia przegrody, jej listwy i kolce muszą być wpierw usunięte na drodze operacyjnej. Powinni więc lekarze zdrojowi skierowywać chorych tych wpierw do badania laryngologicznego. Przepłókiwania nosa i jamy nosowogardłowej rozczynami izotonicznemi solanek zmniejsza znacznie ich przewlekłe stany zapalne i tylko przypadki znacznego rozrostu błony śluzowej nosa, oraz zaburzenia naczynioruchowe stanowią przeciwwskazanie do stosowania tych zabiegów. Prócz tego solanki jodowo-bromowe, szczawy alkaliczne sodowe, zawierające też drobne ilości związków As i soli litowych, mają również działanie ogólne, pobudzające trawienie, wydzielanie soku żołądkowego, żółci i moczu, a następnie działanie, rozpuszczające śluz w górnych i dolnych drogach oddechowych, przyspieszające procesy przemiany materji i spalania w tkankach. U osesków stosujemy w leczeniu zapaleń jamy szczękowej te same główne zasady, jak przy obecności adenoidów i rozroście migdałków podniebiennych u dzieci starszych: a więc stosujemy obok kąpieli i wziewań solankowych bromowojodowych dietę witaminową (soki owocowe). Sposób ten przyspiesza dość szybko zmniejszenie się przewlekłych nieżytów nosa i nosogardła. U starszych dzieci wskazania do wyżej wspomnianego leczenia dadzą się rozszerzyć także i na nieżyty jamy nosowogardłowej, ucha środkowego i oskrzel, które towarzyszą tak często zapaleniom jam bocznych nosa nieżytowym i ropnym. Stosowanie wziewań solankowojodowych, picie wody mineralnej, zawierającej połączenia jodowobromowe i małe dawki As działa wybitnie dekongestywnie na całą śluzówkę nosa i jam bocznych, zmniejszając równocześnie jej nadwrażliwość.

Obszerny referat na temat kiły jamy górnoszczękowej wygłosił p. *René Gaillard* z Lyonu. Schorzenie to zachodzi w praktyce rynologicznej stosunkowo rzadko głównie z powodu trudności ustalenia tła specyficznego wszystkich zapaleń ropnych jamy górnoszczękowej, chyba że proces ten toczy sią równocześnie ze zmianami kiły trzeciorzędnej w nosie. Niektórzy autorowie przyjmują, że 15—20% wszystkich przewlekłych zapaleń ropnych jest na podłożu kiły trze-

ciorzędnej. Zmiany kiłowe wtórne są niewątpliwie dość częste, lecz niestety nie są rozpoznawane, względnie uchodzą tylko za nerwobóle twarzy. Najdokładniej znane są zmiany trzeciorzędne kiłowe jamy Highmora, w których obok rozlanego nacieku śluzówki występuje skłonność do tworzenia ograniczonej martwicy i sekwestrów ściany kostnej jamy górnoszczękowej lub wyrostka zębodołowego, zwykle w miejscu tworzenia się kilaków. Nierzadko spotyka się proces kiłowy w jamie szczękowej w połączeniu z zajęciem także i innych zatok. W obrazie drobnowidowym zmiany te dadzą się z trudnością odróżnić od gruźlicy. Klinicznie mają one wiele cech podobieństwa do antritis maxillaris chronica. Różni się wszakże ten proces: 1) skrytym, często zdradliwym początkiem bez jasnej etjologji, 2) silnemi bólami, występującemi przeważnie w nocy, 3) skąpą wydzieliną, silnie cuchnącą, zawierającą drobne martwiaki kostne. Ważną wzkazówką jest wynik dodatni prób serologicznych, względnie pojawienia się zmian kiłowych jeszcze w innych miejscach (skóra, błony śluzowe). W odróżnieniu od gruźlicy, która jest schorzeniem bardzo rzadkiem i występuje częściej pod postacią osteomyelitis ściany jamy górnoszczękowej, nowotwór tejże jamy daje dość wcześnie przerzuty do innych jam bocznych oraz jamy nosowej i jej najbliższego sąsiedztwa, połączone z częstemi krwawieniami z nosa. W rzadkich wypadkach ostro przebiegające zapalenie okostnej i szpiku kostnego szczęki górnej pochodzenia zębowego, mogą dać również te same zmiany kostne z tworzeniem się przetok na zewnątrz.

Co się tyczy leczenia, zaznaczyć należy, że w początkowych okresach leczenie specyficzne może mieć dobry wpływ, natomiast w okresie przejścia sprawy zapalnej na kość (tworzenie się martwiaków) wchodzi w rachubę przedewszystkiem operacja doszczętna (metodą *Caldwell-Luc*). Na schorzenia jamy górnoszczękowej na tle gruźlicy zwrócił uwagę doktór *Fallas* z Brukseli, jako na postać stosunkowo rzadko spotykaną, która towarzyszy często zmianom gruźliczym w nosie oraz jamie nosowogardłowej i jamie ustnej. Najczęściej spotyka się formy ukryte, kostne (osteomyelitis) względnie postaci naciekowe. W rozpoznaniu różniczkowem należy się oprzeć przedewszystkiem na badaniu histologicznem wycinków zmienionej śluzówki jamy Highmora, jak również na stwierdzeniu prątków gruźliczych w wydzielinie ropnej tejże jamy. Częste nawroty sprawy zapalnej przewlekłej łączą się z przetokami nazewnątrz, obrzękiem gruczołów chłonnych oraz silnemi bólami neuralgicznemi całej poło-

wy głowy. W okresie początkowym sprawa da się z łatwością jeszcze opanować leczeniem klimatyczno-dietetycznem oraz zabiegami chirurgicznemi mniejszemi. Rentgenoterapja daje w postaciach rozrostowych również dobre wyniki. O martwicy jamy szczękowej przy zatruciach fosforem mówił *M. Giussani* (Milano): Proces martwicy kości górno i dolnoszczękowej pod wpływem zatrucia fosforem białym jest najczęściej ograniczony do małej tylko części wyrostka zębodołowego w najbliższem sąsiedztwie zębów. Co się tyczy patogenezy tego cierpienia, to najprawdopodobniej chodzi tu o szczególne powinowactwo fosforu do kości górnoszczękowej względnie o proces zapalny okostnej drogą poprzez małe ranki w dziąsłach, zmienionych wskutek próchnicy zębów. Wreszcie, zdaniem prelegenta, może też istnieć ścisły związek pomiędzy próchnicą zębów szczęki górnej i dolnej, a martwicą fosforową ściany kostnej odnośnej szczęki. Momentem usposabiającym jest często anemja względnie, stan limfatycznowysiękowy. Schorzenia kości górnoszczękowej na tle zatrucia fosforem odznaczają się naogół nieznacznym tylko odczynem okostnowym, ograniczonym w początkach do jednego, względnie kilku najwyżej zębów. Natomiast objawy podmiotowe pod postacią silnych i gwałtownych bólów neuralgicznych we wszystkich trzech gałązkach nerwu trójdzielnego mogą się wybijać na pierwszy plan w obrazie klinicznym. W cięższych przypadkach ze znacznem zgrubieniem kości i okostnej danej szczęki spotyka się znaczne obrzmienie błony śluzowej jamy ustnej często z ograniczoną jej martwicą, obfitym ślinotokiem oraz cuchnącą wydzieliną ropną. Te silne odczyny okostnowe dają często powód do tworzenia się osteofytów na ścianie zewnętrznej lub wewnętrznej kości szczękowej. Zdjęcie rentgenowskie wykazuje dokładnie wielkość martwiaków kostnych oraz ich stosunek do ścian zatoki.

Siedemnasty punkt programu rozpoczął się referatem profesora *Torriniego* z Florencji na temat „Polipi antrali-antriti polipose": Polipy antronasochoanalne powstają zdaniem większości autorów w następstwie nowotworzenia błony śluzowej w okolicy ujść jam bocznych nosa przez zapalenie nieżytowe i ropne sluzówki (w pobliżu ujścia), gdzie śluzówka wykazuje często rozrosty polipowate, podobne pod względem budowy histologicznej do polipów śluzowych nosa. Nabłonek tych tworów zmienia się na kubiczny, względnie płaski, który podobnie jak i delikatna siatka tkanki łącznej podścieliska jest obficie nacieczony ciałkami białemi. W oczkach tej siatki spotyka się dość często fibroblasty o gwiaździstej protoplazmie, ko-

mórki plazmatyczne, eozynofile i ciałka szkliste, będące następstwem zwyrodnienia kolloidowego protoplasmy powyższych komórek. Spotykane dość często torbiele w obrębie tych polipów pochodzą bądź z roztrzeni naczyń chłonnych (o wyściółce śródbłonkowej), bądź z rozszerzonych znacznie gruczołów śluzowych (o wyściółce komórek walcowatych lub płaskich). Anthritis poliposa daje objawy podobne do ropnego przewlekłego zapalenia jamy. Przy badaniu daje się prócz tego jeszcze zauważyć ból uciskowy w okolicy fossa canina, rzadziej pewną deformację ściany kostnej w tem miejscu. Diafanoskopja może dać w tych wypadkach lekkie tylko ściemnienie zarysów jamy górnoszczękowej. Jednak najwyraźniej daje się ta postać wykazać na zdjęciu rentgenowskiem przy użyciu płynu kontrastowego, przyczem cień kontrastowy bywa zwykle znacznie zwężony. W odróżnieniu od nowotworów jamy Highmora, które dają mocne bóle głowy oraz wysadzenie ścian kostnych nazewnątrz, anthritis polipoides występuje na tle spraw zapalnych ropnych tejże jamy.

Patogenezę, objawy kliniczne oraz djagnostykę różniczkową mucocele jamy górnoszczękowej omówił profesor *Alagna* z Palermo. W związku z powyższym tematem prelegent przedstawił szereg rentgenogramów tego schorzenia, opisał sposób badania różniczkowego przy pomocy antroskopji przyrządem *Hirschmann-Valentina* przez otwór w dolnym przewodzie nosa lub fossa canina oraz wskazał na sposoby leczenia operacyjnego drogą wewnątrz i zewnątrznosową. O chondroma, papilloma, adenoma, fibroma, angioma i lipoma zatoki Highmora mówił profesor *Br. Bruzzi* z Neapolu. Enchondroma jamy górnoszczękowej jest tworem stosunkowo rzadkim o konsystencji i wyglądzie drobnowidowym chrząstki szklistej. Powstaje najczęściej wskutek przemieszczenia zawiązków chrząstki szklistej z okolicy sitowej w obręb jamy górnoszczękowej w okresie jej rozwoju. Jako nowotwór niewielkich rozmiarów o gładkiej, rzadziej pofałdowanej, powierzchni może w niektórych przypadkach zajmować większą część jamy Highmora, sięgając nawet w obręb oczodołu, względnie jego najbliższego sąsiedztwa nazewnątrz. Rzadziej wykazuje on w swem wnętrzu zmiany torbielowate niewielkich rozmiarów czy też ogniska kostne. Papillomaty jamy górnoszczękowej mają wygląd guzowaty grzybiasty, są silnie unaczynione i zawierają większą ilość gruczołów wśród łącznotkankowego podścieliska (adenopapilloma). Autor spostrzegał często przemianę w nowotwór złośliwy (epithelioma) zwłaszcza po próbnych wycinkach lub częstych urazach zzewnątrz. Z objawów podmiotowych dają one często silne

bóle neuralgiczne oraz uczucie rozpierania w okolicy szczęki górnej. Adenomy mają wygląd szarobiaławy lub różowawy, spoistość miękką, krwawią silnie za najmniejszym dotykiem, wychodzą często z przewodu środkowego, toteż mogą być łatwo pomięszane ze zwykłemi polipami, rosnącemi ku dołowi i ku górze. Fibroma durum o łącznotkankowej spoistej konsystencji, wychodzą nietylko z samej błony śluzowej, wyściełającej wnętrze jamy Highmora, lecz także z okostnej jej ścian, dotkniętej sprawą zapalną. Są to twory umieszczone na szerokiej podstawie, powodujące wykrzywienie przegrody lub ścian bocznych nosa. Spotyka się w ich wnętrzu niekiedy ogniska kostne. Naczyniaki jamy górnoszczękowej należą do guzów rzadko spotykanych i cechują się zwykle silnem krwawieniem po zabiegach w tej jamie. Tłuszczaki są jeszcze rzadsze i znane tylko z nielicznych opisów *Nélatona* i *Viarda.*

W uzupełnieniu tematu o nowotworach jamy górnoszczękowej profesor *Fairen* z Saragosy wygłosił referat o nowotworach złośliwych tejże jamy, ilustrując prelekcję zdjęciami rentgenowskiemi oraz fotografjami odnośnych przypadków, leczonych różnemi sposobami operacyjnemi i naświetlaniem. Następnie *Sargnon* z Lyonu omówił obszernie kazuistykę uszkodzeń urazowych jamy górnoszczękowej na podstawie 44-ch przypadków postrzałów kulą karabinową, 39-ciu przypuszczalnie zranień odłamkami bomb, 7-miu odłamkami szrapneli, 4-ch zranień odłamkami granatu i 2-ch kawałkiem miny torpedowej. Największy odłamek granatu, który autor usunął z wnętrza jamy Highmora, ułożony częściowo w obrębie jamy nosowej wynosił 6 cm. Z 51 przypadków postrzałów kulą karabinową chodziło w 26-ciu o kule, zalegające we wnętrzu jamy górnoszczękowej, w 18-tu zaś o ciała obce okołozatokowe, pociski ułożone w obrębie fossa pterygomaxillaris blisko dużych naczyń podstawy czaszki, lub okolicy przykręgosłupowej. Co do kierunku ran postrzałowych, to obrażenia przedniotylne okazały się w skutkach najcięższemi i były z reguły śmiertelne. Tylno przednie zaś należały do wielkich rzadkości. Obrażenia okołozatokowe przedstawiają ciężkie powikłania, najczęściej pod postacią zranień oczodołu, gałki ocznej, mózgu, a następnie jamy ustnej, nosa, komórek sitowych oraz okolicy fossa pterygomaxillaris. Pęknięcia szczelinowate i załamania ścian jamy górnoszczękowej, powodują ciężkie krwotoki podśluzowe w nosie, podokostnowe na policzku oraz podspojówkowe. Ograniczone złamania ściany przedniej jamy górnoszczękowej jako następstwo ran zadanych tępem narzędziem

lub ostrzem noża, łączą się z krwawieniem do jej wnętrza. Złamania zaś całkowite kości górnoszczękowej dają ciężkie obrażenia nosa, dolnej ściany oczodołu i kości podniebiennej.

Z objawów zewnętrznych daje się obserwować obrzęk części miękkich twarzy, połączony z zaczerwienieniem i objawami zapalnemi, a następnie podbiegnięcia krwawe na skórze, pod błoną śluzową i pod spojówką powiek i gałki ocznej. Wylewy krwawe do wnętrza jamy Highmora niejednokrotnie bardzo silne, wskutek przedarcia arterji maxillaris int. lub naczyń podstawy czaszki zdarzają się stosunkowo rzadko. Wystąpienie odmy podskórej i podspojówkowej należy uważać za groźne powikłanie bardzo ciężkiego obrażenia. Postrzały i odłamki kostne powodują często deformację ścian oraz przetoki przez które możemy wyczuwać ruchome sekwestry. Badanie wnętrza nosa wykazuje wydzielinę ropną oraz przemieszczenie ścian bocznych, muszel nosowych a niejednokrotnie także i części ciała obcego. W tylnej rynoskopji stwierdza się często zajęcie komórek sitowych tylnych i klinowych, przez jamę zaś ustną wykrywa się w tych wypadkach obecność przetok zębodołowozatokowych. Podbiegnięcia krwawe autor spotykał często w obrębie łącznic załamka dolnego oka oraz policzka, zwłaszcza przy równoczesnych złamaniach kości nosowych.

W przypadkach pęknięcia szczelinowatego przez kość sitową autor mógł zauważyć odmę powietrzną przeważnie w obrębie powieki dolnej oraz wewnętrznego kąta oka. Silne i promieniujące bóle neuralgiczne stoją w związku z obrażeniem nerwów podoczodołowych zwłaszcza w przypadkach złamań ściany oczodołowej dolnej lub processus zygomaticus. Obrażenia w obrębie nerwu szczękowego górnego lub usznoskroniowego sprowadzają wybitne znieczulenie zębów górnych i przedniej części nosa zewnętrznego. Rzadziej spotyka się porażenia nerwów czaszkowych tylnych w następstwie ciężkich złamań szczęki górnej, jak w wypadkach, opisanych przez *Bilancioniego*. Pęknięcia kości nosowositowej łączą się z obrażeniami woreczka łzowego. Najdokładniejsze rozpoznanie możliwe jest na podstawie zdjęcia rentgenowskiego zwłaszcza w wypadkach ciał obcych metalicznych, sekwestrów, szczelinowatych pęknięć kości oraz w stanach zapalnych szpiku kostnego. Obraz rentgenowski decyduje często o tem, czy ma się doczynienia z ciałem wewnątrz czy zewnątrz (około) zatokowem („corps parasinusien"). Prześwietlenie nie daje zazwyczaj jasnego obrazu, natomiast badanie endoskopowe wykrywa często szczegóły, które podaje zdjęcie rentgenowskie. W jed-

nym przypadku udało się autorowi zauważyć przy pomocy endoskopu, tak zwany „hematome pulsatile" w jamie górnoszczękowej w następstwie zranienia większej gałązki art. maxillaris int. Leczenie w tych wypadkach polega na szczelnej tamponadzie i podwiązaniu art. carotis ext., a po ustaniu krwawienia usuwa się sekwestry kostne i odłamki pocisków drogą operacji doszczętnej *Caldwell-Luca.*

Jednym z najciekawszych punktów programu był wykład profesora *Citelliego* na temat: „prolasso e estroflessione della mucosa del seno mascellare nella fossa nasale corrispondente". W badaniach histologicznych, dotyczących polipów antrochoanalnych i sphenochoanalnych, zapoczątkowanych już w roku 918-tym, autor poczynił szereg ciekawych spostrzeżeń nad ich budową i genezą. Okazało się, że większość wspomnianych polipów nie jest w ścisłem słowa tego znaczeniu nowotworem łącznotkankowym, lecz następstwem wynicowania obrzmiałej czy też rozrosłej śluzówki jamy szczękowej na tle spraw zapalnych w tejże jamie, ktorej części, położone w sąsiedztwie otworu naturalnego, naskutek zwiększonego ciśnienia w jamie Highmora, mogą być wtłoczone do światła przewodu. Wskutek uwięźnięcia wynicowanej śluzówki powstaje dość szybko dalszy jej rozrost i przemiana w twór polipowaty, który na długiej i dość spoistej szypule rośnie w kierunku tylnej części jamy nosowej. Są one zwykle tworami pojedyńczemi, rzadziej znajdują się obok nich jeszcze polipy łącznotkankowe właściwe, które w tych wypadkach rosną ku przodowi.

Tak autor jak i jego asystenci *Carco* i *Giufrida* ustalili w swoich badaniach, że polipy torbielowate powstają przez rozszerzenie się gruczołów śluzowych, względnie wskutek wytworzenia się ognisk rozmiękczeniowych, wypełnionych cieczą bursztynową w wynicowanych nazewnątrz częściach śluzówki jamy Highmora. Dowodem tego jest łączność wspomnianych tworów z przewodem środkowym oraz budowa drobnowidowa, wykazująca utkanie zbliżone do śluzówki jamy szczękowej, a mianowicie zewnętrzna powierzchnia tych polipów jest wysłana nabłonkiem cylindrycznym, pod którym znajduje się błonka podstawna a najbardziej na wewnątrz zbita tkanka łączna, podobna do okostnej o wydłużonych komórkach łącznotkankowych, wyścielających wnętrze wspomnianej torbieli. Djafanoskopja nie daje w tych wypadkach żadnej różnicy w zachowaniu się obu jam górnoszczękowych.

Uzupełnieniem tego ciekawego referatu był wykład *L. H. Leroux* z Paryża: „Le diagnostic de la sinusite maxillaire polypeuse" z omó-

wieniem zdjęć rentgenowskich oraz objawów klinicznych wspomnianej postaci schorzenia jamy górnoszczękowej, nie wnosząc zresztą nic nowego.

W dalszym ciągu następowały krótsze komunikaty z zakresu schorzeń jamy górnoszczękowej: Punkt 24-ty profesor *Jacques* z Nancy omówił: Contribution à l' étude de l' irritation arterielle du sinus maxillaire, wskazując na niektóre ostro przebiegające stany zapalne tej jamy z domieszką krwi do wydzieliny jako wyraz silnego napełnienia naczyń krwionośnych śluzówki. Towarzyszą temu zazwyczaj silne bóle w danej połowie twarzy, połączone z uczuciem tętnienia, rozsadzania i gorączką. Następnie autor powyższego sprawozdania przedstawił zdjęcia roentgenowskie różnych schorzeń jamy szczękowej przy użyciu jodypiny w ilości od 1.5 — 3 c^3, podkreślając zachowanie się wolnej powierzchni menisku tegoż płynu kontrastowego w ustawieniu prostem głowy (patrz Nowiny lekarskie z dnia 1 lutego 1932 r.). *Leroux-Robert* (p. 26-ty) mówił na temat: „Les indications de la haute-frequence, haute tension et diatermie medicale dans les sinusites", zalecając zwłaszcza w stanach zapalnych przewlekłych nagrzewanie diatermią danej połowy twarzy. P. 27-my, profesor *Malan* (Torino): Della recidiva dei polipi coanali origine dal seno mascellare nawiązał do referatów *Citelliego i L. H. Lerouxa*, wskazując na częstość nawrotów polipów choanalnych (antro-sphenochoanalnych) po ich wycięciu, które stoją w związku z przewlekłym stanem zapalnym oraz wynicowaniem śluzówki jamy szczękowej. W przypadkach nawrotów radzi wyskrobać wnętrze jamy Highmora przez szerokie otwarcie tejże jamy od strony nosa lub fossa canina. Na ukryte sprawy zapalne przewlekłe jamy szczękowej zwrócił uwagę *Baldenweck*, podnosząc pewną trudność w ich rozpoznawaniu. Zwłaszcza stany obrzękowe śluzówki jamy Highmora mogą przebiegać pod postacią neuralgji nerwu podoczodołowego bez jakiejkolwiek wydzieliny i zaćmienia przy djafanoskopji.

Pod koniec 1-szej części komunikatów wygłosił profesor *M. Silvagni* referat pod tytułem: „Le complicazioni orbitarie delle sinusiti mascellari" na podstawie 10-ciu własnych spostrzeżeń klinicznych. W przypadkach tych chodziło o najrozmaitsze postaci powikłań oczodołowych jako to stanów obrzękowych spojówek i powiek, flegmony oczodołowej, ropnia pozagałkowego, a w jednym przypadku także panophthalmitis. Wykład swój ilustrował autor licznemi zdjęciami fotograficznemi i rentgenogramami odnośnych przypadków.

Po wygłoszeniu krótkiego odczytu, pod tytułem „Corpi estranei del seno mascellare“ na podstawie własnej kazuistyki przez autora tego sprawozdania posiedzenie przedpołudniowe zamknięto. W drugiej części komunikatów przedstawił profesor *Quix* z Utrechtu swoje poglądy na metodykę badania narządu przedsionkowego pod tytułem „critiques des méthodes d' examen de l' organe vestibulaire employées actuellement“, który da się ująć pokrótce w następujące punkty: Metodyka badań narządu przedsionkowego jest dziś jeszcze daleką od doskonałości, ponieważ nie obejmuje wszystkich elementów zmysłowych tego narządu, które dadzą się zasadniczo oddzielić od siebie w swej czynności; 2) Poszczególne składowe narządu łukowego w znaczeniu fizjologicznem są 3 pary kanałów półkolistych, działających w trzech prostopadłych do siebie płaszczyznach 3) Oczopląs obrotowy i pionowy pochodzą od równoczesnego zadrażnienia 2-ch pionowych kanałów względnie dwóch par łuków błędnikowych, a nie pochodzą li tylko od zadrażnienia jednego z pionowych kanałów, to jest frontalnego lub strzałkowego; 4) Odruchy wychodzące z tych kanałów na gałki oczne (nystagmus) są zależne od kierunku ruchu endolimfy w poszczególnych płaszczyznach kanałów półkolistych. Ułożenie topograficzne narządu łukowego i jego stosunek do narządu kamyczkowego u człowieka i u zwierząt wyższych stwarza konieczność rozpatrywania ich czynności z punktu widzenia analityki i geometrji. Oba te narządy stoją do siebie w pewnym stałym stosunku. Odruchy, wychodzące z tych kanałów na gałki oczne, tułów oraz kończyny, są jednostronne, a nie obustronne.

Ze stanowiska teoretycznego byłoby rzeczą niezmiernie ciekawą poznać ciepłotę wnętrza narządu łukowego i błędnika w chwili wykonywania próby wodą zimną, względnie ciepłą. Znajomość tych szczegółów ułatwiłaby znacznie poznanie odruchów propulsywnych *Fischera* i *Wodaka*, oraz zmian kierunku oczopląsu pod wpływem położenia głowy. Badanie czynności narządu kamyczkowego ma wielkie znaczenie w otologji, zwłaszcza odruchy z woreczka i łagiewki dadzą się łatwo obserwować jako zmiany w ustawieniu względem siebie wyciągniętych kończyn górnych oraz zachowania się gałek ocznych. Ściślejsze badania wykonywa się na stole obrotowym Quixa zwanym „plaque tournante“ a zbudowanym na zasadzie centryfugi o szybkich i regularnych obrotach, dozwalającej na oddzielne badanie woreczka i łagiewki z wykluczeniem kanałów półkolistych W większości przypadków oczopląsu samoistnego można określić zaburzenia w ośrodkowych, względnie obwodowych częściach narzą-

du kamyczkowego. Również na drodze badania „épreuve de l' index“ można wykazać przyczynę samoistnego zbaczania kończyn, pochodzącą zarówno od schorzenia samego błędnika, jak też od ośrodków równowagi statycznej. Także pochodzenie poszczególnych składowych oczopląsu można badać próbą wskazywania palcem. Autor wypowiada się przeciwko teorji *Bechterewa* co do objawów jednostronności zaburzeń w próbie wskazywania palcem i zachowania się oczopląsu po wypadnięciu czynności jednego błędnika.

Wywiązała się żywa *dyskusja*, w której *Ferreri* starał się dowieść, że przy wykonywaniu prób błędnikowych nie da się niejednokrotnie ściśle oznaczyć, które odczyny pochodzą od narządu przedsionkowego (łukowego), a które od narządu kamyczkowego. Ten nieco podniecony ton dyskusji u obu prelegentów złagodził zręcznym i niezwykle taktownym wywodem profesor *Tapia*, przyznając jednej i drugiej stronie słuszność. Ciekawe pod względem kazuistycznym były dwa następne referaty profesora *Palestriniego* (Modena) na temat: „Ipoeccetabilitá et ipereccitabilita vestibolare nell' iperpressione cranica poster“ i profesora: *Carnevale-Ricci'ego* (Milano) „l' esame del labirinto nel' sordomuto“.

Następnie 'doktor *Arslan* (Padwa) przedstawił swoje badania pod tytułem: „Sugli effetti di emiestirpazioni“ (complete e incomplete) cerebellari in animali precedentemente slabirintati nel' lato oposto. Autor wskazuje na kolejność występowania i utrzymywania się porażenia połowicznego napięcia mięśni szyi, tułowia i obu kończyn u zwierząt, u których zniszczono po jednej stronie błednik, a po drugiej wycięto jedną półkulę móżdżkową. Wykład swój objaśnił znakomitemi zdjęciami kinematograficznemi odnośnych przypadków. Po krótkiem przemówieniu prezesa Towarzystwa Otolar. włoskich *Calamidy* na temat: „Influenza delle modificazioni del ricambio nel dominio dell' otorhinolaringologia“ zabrał głos profesor *Casadesus* (Barcelona) (p. 36-ty), przedstawiając swoje badania kliniczne i histopatologiczne, dotyczące raka krtani, na 200-tu przypadkach, operowanych przez siebie. W przypadkach tych przeważał typ raka płaskokomórkowego (60%), 10% stanowiły gruczolakoraki, 3% zaledwie postaci mięszane (carcinosarcoma). Wykład swój ilustrował autor djapozytywami zdjęć drobnowidowych, barwionych najrozmaitszemi metodami na składniki komórki i na tkankę łączną, oraz fotografjami z natury wszystkich operowanych przypadków raka krtani, których rzadsze postaci pokazywał w formalinie za szkłem. Na tem zjazd zamknięto.

Zjazd w Messynie rozpoczął się 1-go października i dorównywał pod względem liczby uczestników (około 150) i osobistości reprezentacyjnych poprzedniemu. Po uroczystem otwarciu zjazdu przez prezesa Towarzystwa otolar. profesora *Calamidę* w auli uniwersyteckiej przy licznym udziale władz miejskich, rządowych, wojskowych i uniwersyteckich, rozpoczęto obrady w sali wykładowej zakładu medycyny sądowej. Na wstępie odczytał profesor *Calamida* listę nowomianowanych *członków honorowych Soc. Italiana di Oto-Rhino-Laringologia* w składzie następującym: Profesorowie: *M. Bremond* (Marsylia), *Chevalier-Jackson* (Filadelfia), *Fairen* (Zaragosa), *Jacques* (Nancy), *Laskiewicz* (Poznań), *Quix* (Utrecht), *Tapia* (Madryt), *van Svieten* (Bruxela) i *Hautant* (Paryż).

Główne tematy: stany zapalne migdałków podniebiennych oraz nowotwory gardła i sposoby ich leczenia były przygotowane pod każdym względem starannie. Anatomję patologiczną i histopatologję wspomnianych schorzeń omówili profesorowie *Vigi* (Balonia) i *Carnevale Ricci* (Milano). Ten ostatni przedstawił ponadto zdjęcia fotograficzne preparatów drobnowidowych nowotworów złośliwych migdałków podniebiennych przed i po naświetlaniu radem, wykazując wpływ hamujący tych promieni na proces dzielenia się komórki nowotworowej a w dalszym ciągu jej rozpad. *Benciolini*, *Brunetti*, *Bruzzone* i *Gandini* mówili na temat nowotworów dobrotliwych i złośliwych migdałków podniebiennych i gardła na podstawie własnej kazuistyki. Profesorowie *Simeoni, Terrigiani i Traina* podali wyniki leczenia promieniami Roentgena i radem powyższych nowotworów, przyczem *Terrigiani* wypowiedział się stanowczo za promieniami X przyznając radowi tylko szczupły zakres wskazań leczniczych. To samo potwierdził w swoim referacie *Sargnon* pod tytułem: „Traitement des tumeurs malignes du pharynx moyen“, kładąc nacisk przedewszystkiem na umiejętne wyzyskanie wszystkich pól oraz stopniowanie dawek napromiennych. Nadto zaproponował wspomniany autor stosowanie stałego przekrwienia biernego szyi w tych wypadkach, które wedle jego spostrzeżeń wzmagają działanie promieni X, przyspieszając równocześnie rozpad i cofanie się nowotworu. W tym celu zakładał na stałe opaskę dookoła szyi względnie krawat *Grabowera*, przy nowotworach zaś gardła dolnego, przechodzących na krtań używał rozszerzadeł gumowych (drenów), które wprowadzał do światła krtani ponad kaniulą tchawiczą, by w ten sposób działać chociaż częściowo tylko wenostatycznie i spotęgować działanie promieni X Nowotwory gardła górnego już przez samo swoje umiejscowienie

nastręczały znacznie więcej trudności w leczeniu roentgenem. Tu trzeba było wyzyskać umiejętnie wszystkie pola stosowania tych, odpowiednio dobranych dawek napromiennych, których działanie dało się jeszcze przyspieszyć przez założenia drenu gumowego w kształcie pętlicy przez przewód nosowy dolny, jamę nosowogardłową i jamę ustną nazewnątrz. Ucisk założonej w ten sposób pętli gumowej utrzymywał stałe przekrwienie w górnym odcinku gardła.

Dalszy ciąg obrad popołudniowych pod przewodnictwem honorowego profesora *Sargnona* zagaili: profesor *Calamida*, omawiając własne przypadki angin nekrotycznych, a profesor *Januzzi* swoje spostrzeżenia nad powikłaniami zakrzepowemi naczyń i zatok żylnych w przebiegu ciężkich postaci zapaleń gardła. Następnie doktór *Pellegrini* przedstawił swoje badania nad nowotworami łącznotkankowemi gardła, jako zaś koreferent profesor *Malan* mówił o budowie anatomicznej i objawach klinicznych guzów, usadowionych pomiędzy pojedyńczemi warstwami mięśni podniebienia miękiego (tumori intramurali del velopendolo), podnosząc ich wpływ na wczesne występowanie zaburzeń fonacyjnych pod postacią rinolalia aperta.

W drugim dniu zjazdu obradowano w pobliskiem Reggio di Calabria, w sali posiedzeń rady miejskiej. Po złożeniu wieńca pod pomnikiem poległych w wojnie światowej odbyło się w ratuszu uroczyste przyjęcie wszystkich członków przez radę miejską. Bezpośrednio potem otwarto posiedzenie naukowe pod honorowem przewodnictwem profesora *Lemaitrea*. Jako pierwszy przemawiał profesor *D'Onofrio* z Neapolu, opisując swoje badania histologiczne nad zmianami w błonie sluzowej nosa u chorych, które przez dłuższy czas nosili kaniulę tchawiczą. Wskutek nieoddechania nosem błona śluzowa wykazywała u niektórych osobników cechy zanikowe z wyraźną metaplazją nabłonka walcowatego urzęsionego. Zdolność węchowa była znacznie upośledzona, a po dekaniulacji wracała szybko do stanu prawidłowego. Po krótkich referatach: doktora *Lugli* (sulla constituzione degli ozenatosi), profesora *Donadei* (diaphanoskopia e radiographia dei seni frontali), doktora *Orlandini* (sinusite mascellare e tumore del orbita), zabrał głos profesor *P. Caliceti* (Bolonia) w sprawie zabiegów operacyjnego leczenia stanów zapalnych zatoki czołowej drogą przez nos. Autor zmodyfikował sposób *Hallego* przez skrócenie płata okostnowo śluzówkowego a także i co do samej techniki frezowania szerokiego otworu poczynił daleko idące odstępstwa od wspomnianego pierwowzoru. Wyniki leczenia 25-ciu przypadków ropienia przewlekłego jamy czołowej tą metodą były

nader zachęcające. Z dalszych referatów przytoczyć należy następujące wykłady: *G. Salvadori*: le riniti pseudomembranose, spostrzegane przez autora w ostatniej epidemji grypy, *K. Arslan*: sugli effetti della labirintectomia bilaterale nell' animale senza cerveletto (z projekcją znakomitych zdjęć kinematograficznych), było uzupełnieniem podobnego tematu, wygłoszonego przez tegoż autora na zjeździe w Catanji. Prócz tego autor zwrócił uwagę na wpływ zniszczenia błędnika u zwierząt doświadczalnych na unerwienie współczulne oka u kotów, świnek m., królików i psów. Zabieg ten nie wywołał jakichś widocznych zmian w unerwieniu współczulnem naczyń spojówki i dna oka, jeżeli poprzednio przecięto włókna współczulne szyjne pozazwojowe. Natomiast uszkodzenia zapalne lub urazowe błony śluzowej na promontorjum wywołało tylko u świnek morskich i królików charakterystyczne opadnięcie błonki migawkowej (mbr-nictitans), lekki wytrzeszcz gałki ocznej oraz rozszerzenie źrenicy po tejże stronie, brak zaś było atrofji połowiczej mięśni twarzy po stronie operowanej, którą opisywali inni autorowie w tych razach. Profesor *Citelli* omówił sposób całkowitego zeszycia rany za uchem po operacjach doszczętnych, połączony z dokładną tamponadą rany od strony przewodu zewnętrznego, którą po 7-miu dniach zastępował leczeniem suchem-rozpylaniem ac. boric. pulwer. lub vioformu do jamy potrepanacyjnej.

We wszystkich przypadkach, leczonych tą metodą, otrzymywał dobre wyniki. Wreszcie profesor *Lasagna* przedstawił w mikroprojekcie swoje badania nad otosclerozą. Na tem posiedzenie zamknięto. Ostatni dzień zjazdu rozpoczął się (znów w Messynie) posiedzeniem administracyjnem wszystkich członków, gdzie też dokonano wyboru nowego prezesa i zarządu Towarzystwa. Prezesem na rok 1932—33 został wybrany profesor *Bilancioni*, sekretarzem profesor *Silvagni*. Z powodu spóźnionej pory obrady ograniczono tylko do siedmiu ważniejszych tematów. Na wniosek profesora *Calamidy* przewodniczyłem temu ostatniemu zebraniu. Jednym z najpiękniejszych i najciekawszych referatów naukowych był wykład profesora *Tullio*, fizjologa z Messyny, pod tytułem: „Demonstrazione cinematografica delle correnti sonore“, w którym autor przedstawił z zadziwiającą dokładnością zachowanie się pól drgających na błonie bębenkowej, fotografowanych podczas doprowadzania szeregu tonów skali stroikowej Bezolda oraz składników mowy naszej. Dzięki tej nadzwyczajnej precyzji zdjęć fotograficznych można było odróżnić obrazy pól drgających samogłosek od spółgłosek i dwugłosek. Wykład ten

wzbudził wielkie zainteresowanie wśrod słuchaczy. Prelegent zwrócił też uwagę na ruchy wibracyjne cząsteczek pyłu aluminiowego, rozpylonych dookoła fen. ovalis i rotunda przy powyższych różnych rodzajach doprowadzonych dźwięków do ucha. Z dalszych tematów wymienić należy referaty profesora *Pietrantoniego*: „studjo anatomo-patologico delle otiti tubercolari" z projekcją świetnych preparatów drobnowidowych, profesora *Silvagniego*: „l' esame del labirinto posteriore negli epilettici" wykonanych na przeszło 100 przypadkach, doktora *Tognoli* (Locarno): „del' decorso delle inserzioni delle fibre circolari nella membrane tympanica del uomo" z objaśnieniami preparatów makro i mikroskopowych, które wzbudziły podziw i uznanie dla tak solidnego opracowania tematu przez zwykłego lekarza praktyka z Locarno.

Po krótkich referatach profesora *Torriniego*: „tubercolosi iperplastica delle prime vie aereae" na podstawie kazuistyki kliniki florentyjskiej oraz koreferenta doktora *P. Russiego* na temat: „clinoterapia nella tubercolosi laringea", w którym autor omówił wyniki leczenia gruźlicy krtani sposobem zachowawczym i naświetlaniami promieniami ultrafioletowemi oraz zabiegami chirurgicznemi wewnątrz i zewnątrzkrtaniowemi, przystąpiono do ostatniego punktu programu: doktor *G. Vidau* przedstawił swoje spostrzeżenia nad leczeniem operacyjnem postrzałów kości skroniowej i ucha wewnętrznego w 10-ciu leczonych przypadkach. Postrzały przystyczne miały stosunkowo lekki przebieg. Postępowanie lecznicze ograniczało się jedynie do usunięcia odłamków kostnych. Natomiast postrzały zadane wprost w kierunku ucha środkowego, a zwłaszcza te, w których pocisk uszkodził ucho wewnętrzne, należały z reguły do najcięższych. Autor wykonał w 3-ch przypadkach obrażeń postrzałowych ucha wewnętrznego otwarcie błędnika sposobem *Neumanna* lecz mimo wszystko nie udało się opanować postępu sprawy zapalnej na opony, która w przeciągu kilku dni położyła kres życiu tych chorych. Przypadki powikłane z wyraźnemi objawami oponowemi lub ogniskowemi stanowią przeciwwskazanie do trepanacji i wymagają leczenia zachowawczego z odczekaniem dogodnego momentu do powyższego zabiegu. Na tem obrady zakończono.

Uroczyste zamknięcie zjazdu odbyło się tego samego dnia wieczorem w Taorminie, dokąd uczestnicy kongresu udali się autami, dostarczonemi bezpłatnie przez T-wo Enit. Po zwiedzeniu tego najpiękniejszego zakątka Sycylji, odbyło się przyjęcie w dużej sali jadalnej hotelu Miramore, wydane przez miasto, gdzie po licznych oko-

licznościowych przemówieniach prezes kongresu profesor *Calamida* dokonał zamknięcia XXVII-go zjazdu Otolaryngologów włoskich, zawiadamiając równocześnie, że XXVIII-my zjazd odbędzie się w roku następnym w połowie września w Rzymie.

Co się tyczy strony towarzyskiej obu tych kongresów, podkreślić należy swobodny i niewymuszony nastrój oraz wielką gościnność i serdeczność, z jaką włosi podejmowali uczestników zjazdu. Pomijając wspaniałe przyjęcia w południe oraz wystawne bankiety wieczorne, które co dzień urządzało naprzemian miasto, towarzystwo Enit, lub towarzystwo lekarskie, starano się na każdym kroku urozmaicić uczestnikom pobyt przez liczne wycieczki oraz produkcje artystyczne, które inscenizowano zawsze z wielkim smakiem i z poczuciem klasycznego stylu. I tak w pierwszym dniu kongresu urządzono w teatro „Massimo Bellini“ koncert orkiestralno-wokalny chórów mięszanych „Canterini Etnei“ pod batutą samego kompozytora *E. Calliego*, poczem nastąpiły produkcje tańców narodowych sycylijskich. W drugim dniu zwiedzano zakłady i urządzenia sanitarne miasta, a następnie instytut wychowania fizycznego młodzieży „Balilla“, którego organizację i program naukowy objaśniał szczegółowo sam komendant partji faszystowskiej. W czasie zaś trwania obrad komitet pań postarał się o to, by rodziny uczestników kongresu korzystały z pięknej pogody i zwiedzały autami uroczo położone ogrody i miasta na stokach Etny oraz najbliższą okolicę Catanji. Na zakończenie kongresu soc. otolaringol. latina odbyła się wspólna wycieczka do Syrakuz, gdzie zwiedzono zabytki miasta, najstarsze muzeum archeologiczne, a nadto teatr grecki i rzymski oraz gród obronny Djonizosa (z 5-tego wieku przed Chrystusem), z którego roztaczał się przepiękny widok na całe miasto i morze. W południe odbyło się przyjęcie w słynnych grotach naturalnych „latomie del paradiso“, które, przystrojone bujną roślinnością i kwiatami, wyglądały w oświetleniu reflektorów jak zjawisko z bajki. Tu przy dźwiękach wyborowej orkiestry salonowej cała prowincja syrakuzańska podejmowała uczestników kongresu.

Podobnie piękną wycieczkę urządzili wszyscy uczestnicy zjazdu otolar. włoskich w Messynie do pobliskiego Reggio di Calabria, gdzie po złożeniu wieńca pod pomnikiem poległych w wojnie światowej odbyło się przyjęcie w ratuszu przez radę miejską, a po skończonem posiedzeniu naukowem, bankiet wydany przez T-wo Enit i miasto. Po południu zwiedzono szpitale miejskie zupełnie nowocześnie urzą-

dzone, sanatorjum gruźlicze, wystawę sztuk pięknych mistrzów kalabryjskich, a na koniec przewieziono uczestników kongresu autami do miejscowości *Scilla*, położonej uroczo na skalistym brzegu morza. Tu na wysoko położonym tarasie obserwacyjnym, w miejscu gdzie znajduje się latarnia morska, odbyło się powitanie przez radę miejską i podwieczorek Przy pięknej pogodzie można stąd było podziwiać lazurowe niebo i ten cudowny krajobraz morski, rozciągający się w linji powietrznej na przeszło 100 km. w jedną i drugą stronę. Powierzchnia wody gładka niby tafla szklana o barwie błękitu nieba sprawiała jakieś podniosłe wrażenie przy panującej uroczystej ciszy dokoła. A gdyśmy w godzinę później wracali okrętem do Messyny żegnało nas z oddali tysiące migocących świateł niby sznur pereł, ciągnących się wzdłuż całego wybrzeża i odbijających się rzęsiście w źwierciadle wody morskiej. To Reggio di Calabria w oświetleniu. wieczornem przesyłało swoje ostatnie pozdrowienie odjeżdżającym Długo w pamięci mojej pozostanie ta „settimana otolaringologica siciliana" i jak niezatarte wrażenie pozostawiają owe przepiękne krajobrazy tak też niezapomniane są słowa, odnoszące się do opisów tej ziemi, którą tak często czytałem w pismach autorów włoskich: La terra privilegiata... ci ha accolto con il suo sorriso piu radioso, ci ha invitato a vedere le suje piu ascose bellezze cantando nel suo classico ritmo un inno di gioia e di affetto. Catania, Siracusa, Messina, Reggio Calabro hanno dimenticato gli strazzi del passato terramotto, e pagato il loro tributo, sono risorte piu grandi piu armoniose, piu invitanti... (Zrana wybrana przyjęła nas najpromienniejszym uśmiechem, zaprosiła nas obejrzeć swe piękności najgłębiej ukryte śpiewając w klasycznym rytmie hymn radości i sympatji. Katanja, Sirakusa, Messyna, Regio Katabryjskie zapomniały o okropności minionego trzęsienia ziemi i haracz przez siebie zapłacony i powstały większe, bardziej harmonijne i bardziej polegające.

O ropniach mózgowych otogenicznych płata skroniowego *)

Podał Dr. med. K. SAWICZ.

Ordynator oddziału uszno-gardłowego Szpitala Pow. w Inowrocławiu.

Moje obserwacje, obejmujące 6 przypadków, przedstawiały się następująco:

P r z y p a d e k I. Chora Janina P., lat 13, przyjęta do szpitala 27.VIII 1930 roku ze skargami na silne bóle ucha prawego ze szczególnem nasileniem za uchem, trwające od 2-ch tygodni. Czasami miewa lekkie bóle głowy. Przed miesiącem była u mnie chora ambulatoryjnie z powodu perjodycznego wycieku ropnego z prawego ucha, które trwa od dzieciństwa; poza tem na nic się nie uskarżała. Po stwierdzeniu u chorej zniszczenia całkowitego błony bębenkowej, wybitnego osłabienia słuchu (mowa zw. 2 m.) i skonstatowaniu mas perlakowatych, zaproponowałem dokonanie operacji doszczętnej ucha, na co rodzina nie zgodziła się.

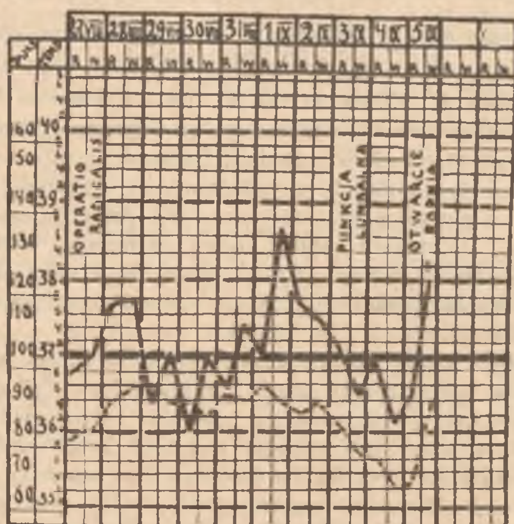
Stan obecny: Chora miernie odżywiona, prawidłowej budowy. Ze strony kośćca i narządów wewnętrznych zmian nie stwierdzono. W przewodzie słuchowym zewnętrznym ropna wydzielina, po usunięciu której uwidoczniają się zwisające z epitympanon masy perlakowate, w dolnej części mesotympanon rozrost zarniny na promontorjum. Chora bardzo wrażliwa na ucisk w okolicy prawego wyrostka sutkowego. Przy opukiwaniu prawej okolicy skroniowej, lekka wrażliwość. Słuch: na prawo ucho szeptu nie słyszy, mowa zw. I m., Schwabach przedłużony, Weber lateralizuje w prawo, Rin. ujemny. Dolna granica znacznie podniesiona, słabo słyszy stroik C^1. Ucho lewe bez widocznych zmian. Temp. 37^0, tętno 80, dobrze napięte, miarowe. Sensorjum wolne. Oczopląsu niema. Odruchów patologicznych brak, jako też sztywności mięśni karkowych. Źdjęcie roentgenowskie wykazuje wybitne zatarcie granic komórek wyrostka sutkowego strony prawej z wyraźnem zaznaczeniem ich po stronie lewej.

Operacja doszczętna ucha prawego w uśpieniu eterowem. Po oddłutowaniu powierzchownej warstwy kostnej grubości 2 — 3 mm., natrafiono na duży perlak wielkości orzecha włoskiego, drążący nazewnątrz. Po usunięciu perlakowatych mas miejscami zropiałych—stwierdziłem, że perlak prawie całkowicie sam przeprowadził operację doszczętną. Kość gładka robi wrażenie zdrowej. Makroskopowo żadnych zmian rozmiękczeniowych nie stwierdzono. Szczególną uwagę zwrócono na tegmen antri et tympani. Nie było wskazań do odsłonięcia ani opony, ani też zatoki. Plastyka: całkowite usunięcie tylnej ścianki przewodu błoniastego celem szerszego dostępu do rany przez przewód zewnętrzny w leczeniu pooperacyjnem. Cięcie za uchem zaszyto. (Tego rodzaju plastykę zastosowałem w 35 przypadkach z bardzo dobrym skutkiem, czego nie otrzymywałem używając sposobu Panse-Stacke).

W ciągu pierwszych 3-ch dni po operacji stan chorej zadawalniający o najlepszem rokowaniu, w 4-tym zaś dniu uskarża się na lekki ból głowy, jako też

*) Referat wygłoszony na posiedzeniu naukowem lekarzy szpitalnych w Inowrocławiu.

na to, że cierpnie jej lewa noga, czego nie odczuwa leżąc na prawym boku. Na skargi te nie zwrócono większej uwagi. Na 5-ty dzień po operacji (1.IX) chora zaczęła uskarżać się na silne bóle głowy i większe drętwienie kończyny dolnej lewej, temp. podniosła się, tętno zaczęło spadać (karta gorączkowa Nr. 1), odruchów patologicznych *Babińskiego, Gordona, Kerniga* nie stwierdza się. Apatja silnie zaznaczona.



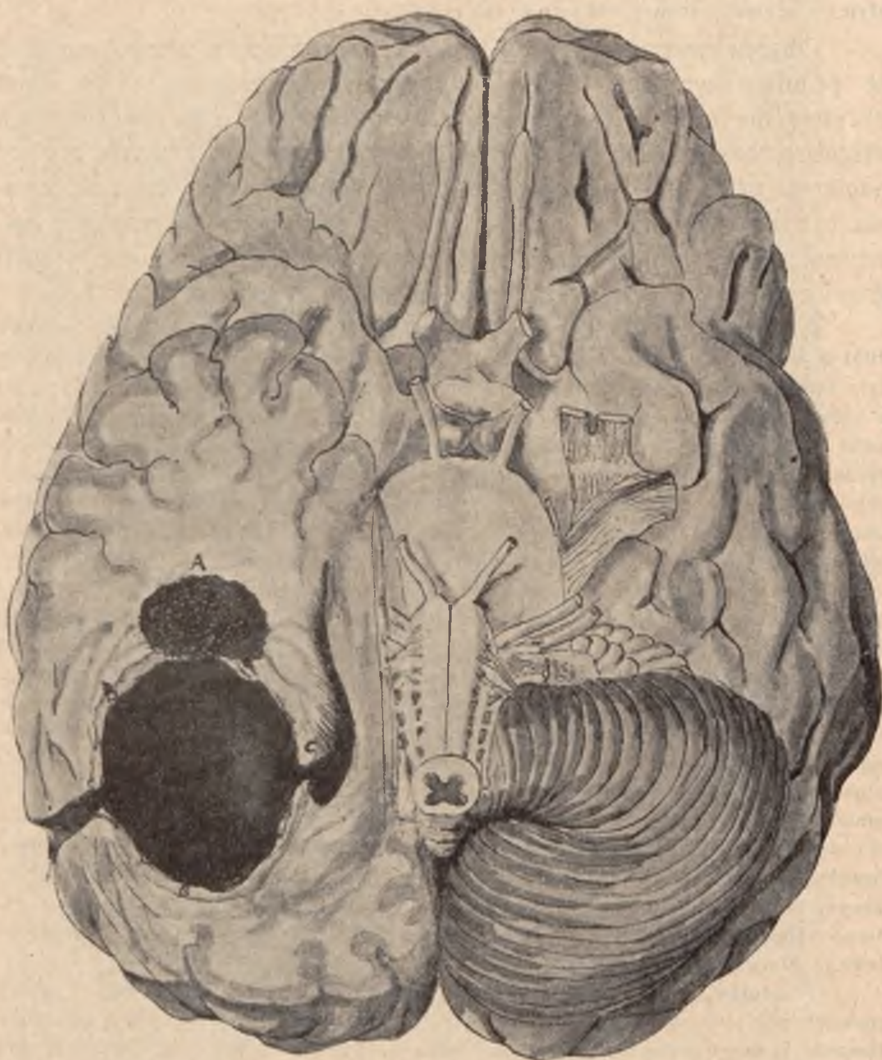
Karta gorączkowa Nr. 1

3.IX puncja lumbalna dała 20 cm³ płynu przezroczystego przy niewielkiem ciśnieniu. Płynu mikroskopowo nie badano. Bóle głowy po puncji nie zmniejszyły się. Sztywności karku brak. Chora przytomna, na pytania odpowiada, żadnej afazji nie stwierdza się, drętwienie nogi obecnie nie ustępuje nawet po zmianie pozycji, lekko zaznaczony *Babiński* i to skłania do przypuszczenia ropnia mózgowego po stronie prawej.

4.IX wieczorem chora krzyczy z powodu bólu głowy, temp. 36,2, tętno 64, wyraźny objaw *Babińskiego* na stopie lewej. Zaznacza się lekki niedowład lewej nogi, którą chora porusza słabiej i wolniej niż prawą.

5.IX Craniotomia fossae cran. med. dextr. Oddłutowano część łuski kości skroniowej, tegmen antri et tympani, po uprzedniem odnowieniu rany za uchem. Odsłonięta opona nie zmieniona ale nie tętni. Punkcja wykazała na głębokości 2-ch cm. ropę. Krzyżowe cięcie opony, przecięcie ropnia, ropa bardzo cuchnąca, zielono-szara, gęsta, w ilości 2—3 łyżek. Przy rozchyleniu korncangiem mózgu w linji cięcia, po odejściu ropy wydostaje się w dużej ilości płyn przezroczysty. Widocznie nastąpiło przerwanie się ropnia do komory bocznej. Szybka tamponada jamy ropnia nie ratuje chorej. W 11 godzin po otwarciu ropnia nastąpił exitus bez odzyskania przytomności po narkozie.

Sekcja głowy wykazała otorbiony ropień płata skroniowego prawego wielkości małego jabłka z przedarciem się do komory bocznej. Ropień, jak to widać na rysunku Nr. 1, usadowiony jest w białej substancji tylnej części płata skro-



Rys. 1.
A — ognisko encephalomalatyczne
B — torebka ropnia
C — miejsce przerwania się ropnia do komory bocznej.

niowego, sięgający od tyłu aż do płata occipitalnego. Ku przodowi po za ropniem znajduje się jeszcze ognisko rozmiękczenia. Komory mózgowe zawierają mętny płyn, w prawej bocznej widoczna jest ropa.

Obserwowany przypadek budzi zainteresowanie z tego względu, że pomimo wczesnej obserwacji, ropień przebiegający w stadjum ukrytem nie mógł być rozpoznany z powodu braku pewnych danych djagnostycznych. Znikanie drętwienia kończyny po zmianie pozycji pacjentki utrudniało wcześniejsze rozpoznanie, pewne zaś rozpoznanie było postawione wówczas, kiedy ropień poczynił znaczne zniszczenie w kierunku komory bocznej, powodując ścieńczenie substancji granicznej a w końcu połączenie się ropnia z komorą boczną.

Przypadek II: Chory Adam S., lat 10, dostarczony do szpitala 30.VI. 1931 r. w stanie nieprzytomnym. Od rodziców dowiedziałem się, że chłopiec trzy lata temu przebył odrę i zapalenie ropne ucha środkowego lewego. Ropienie z ucha wkrótce ustąpiło. Przed 2-ma tygodniami zauważono ropny wyciek z lewego ucha i prawie jednocześnie zauważono, że chory zaczął słabnąć i stał się apatycznym. Z każdym dniem osłabienie zwiększało się, tak że od tygodnia zmuszony był leżeć w łóżku. Bólów głowy ani wymiotów nie było. W dniu dzisiejszym chory odbył króciutki spacer po podwórzu, a po powrocie do domu naraz dostał silnych bólów głowy z następczem zamroczeniem świadomości.

Stan obecny: Chory budowy prawidłowej, wychudzony, bez przytomności, nie odpowiada na pytania. Widoczne są toniczno-kloniczne skurcze lewej połowy twarzy, prawa nieruchoma. Lewą nogą i ręką porusza zginając w stawach, prawą zaś kończyną dolną i górną poruszać nie może, co uzależnione jest najprawdopodobniej od ucisku na lewy szlak piramidalny, na prawej stopie daje się wywołać odruch *Babińskiego* i w mniejszym stopniu objaw *Mendla-Bechterewa.* Sztywności karku ani odruchów *Kerniga, Brudzińskiego* nie stwierdza się. Źrenice słabo reagują na światło, przyczem lewa szersza. Prawe ucho otoskopowo bez zmian, w lewym przewodzie usznym trochę ropnej wydzieliny, po usunięciu której widoczna błona bębenkowa nieco przekrwiona z niedużą perforacją przybrzeżną w tylno-dolnym kwadrancie. Przy ucisku na lewy wyrostek sutkowy chory krzywi twarz strony lewej, jako też porusza żwawiej lewą nogą i ręką, temp. 36 C, tętno 110—120, miarowe, pełne. Leukocytów 34000. Rozpoznano ropień mózgowy lewego płata skroniowego.

W uśpieniu eterowem w pozycji leżącej dokonano antrotomji: rozległe rozmiękczenie wyrostka w kierunku antrum i tegmen antri et tympani, po oddłutowaniu którego widoczna jest płynna ropa między oponą a kością. Opona gładka, zgrubiała, nie tętni, uwypukla się do światła. Punkcja wykazała na głębokości 3-ch cm. ropę. Po otwarciu ropnia wylało się około $1^{1}/_{2}$ łyżki gęstej ropy. Założono dren gumowy grubości 6 mm., który umocowano odpowiednio ułożonym opatrunkiem z setonów jodoformowych.

1.VII. Chory przytomny, porusza prawemi kończynami, bezwład prawej strony twarzy ustąpił. W rozmowie stwierdza się afazję sensoryczną. Chory wie do czego służy pokazywany przedmiot, lecz nie może go nazwać. Słuch obustronnie przytępiony. Odruchów patologicznych nie stwierdza się. Jamę ropnia napełniono jodipiną i zrobiono zdjęcie roentgenowskie (Nr. 2 i Nr. 3).



Zdjęcie roentgenowskie. Rys 2.



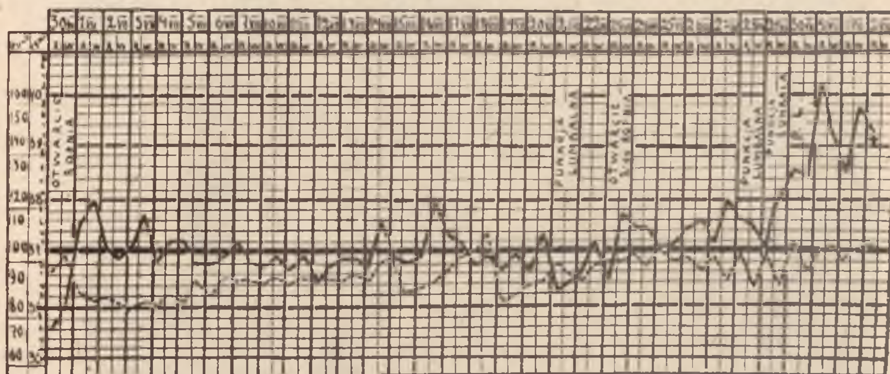
Zdjęcie roentgenowskie Rys. 3.



Zdjęcie roentgenowskie. Rys. 4.

2.VII. Chory czuje się dobrze, słuch normalny na ucho prawe, aphasia ustąpiła. Raz dziennie przemywa się ropień przez dren płynem *Dakina.*

10.VII. Chory zaczyna chodzić. Zdjęcie roentgenowskie (Nr. 4) dokonane w dniu następnym wykazuje szybkie zmniejszanie się ropnia. Chory jest na najlepszej drodze — rokowanie co do wyzdrowienia dobre, ze strony temp. i tętna nic szczególnego. (Karta gorączkowa Nr. 2). Czasami lekki ból głowy w okolicy skroniowej lewej.



Karta gorączkowa Nr. 2.

17.VII. Chory uskarża się na bóle głowy, trwające kilka godzin z rana Chory apatyczny, małomówny, leży w łóżku. Obejrzano wnętrze ropnia najcieńszą rurką bronchoskopijną, nic podejrzanego nie wykryto. W ciągu następnych dni chory czuje się stosunkowo dobrze, trochę próbuje chodzić, bóle głowy nieznaczne.

21.VII. Silne bóle głowy, chory jęczy, niechętnie odpowiada na pytania, lekkie zamroczenie. Punkcja lumbalna: 30 cm^3 płynu przezroczystego, bez ciśnienia, 6—10 leukocytów w polu widzenia. Sztywności karku brak, źrenice równe, na światło reagują, *Babiński* słabo zaznaczony.

22.VII. Bóle głowy trwają nadal ze szczególnem nasileniem w skroni lewej ku przodowi od muszli usznej. Chory wskazuje ręką miejsce najbardziej bolesne.

23.VII. Podejrzewając możliwość nowego ropnia, dokonano kilku punkcyj płata skroniowego w rozmaitych kierunkach ku przodowi przez ściankę pierwszego ropnia, a nie przez oponę. Za trzecią punkcją z rzędu znaleziono ropę na głębokości 5—6 cm. w kierunku ku przodowi, dośrodkowo i blisko podstawy płata skroniowego. Założono dren, ropy wypłynęło nie dużo. W ciągu następnych 3-ch dni chory czuje się dosyć dobrze, bóle głowy mniejsze. Zdjęcie roentgenowskie (Nr. 5) po wstrzyknięciu jodipiny przez dren, wykazuje położenie drugiego, ropnia.

27.VII. Stan chorego znowu się pogorszył i to bardzo znacznie, gdyż oprócz bólów głowy wystąpiły nudności i wymioty, temp. 38 C, tętno 88, niemiarowe. sztywność karku, *Kernig* i *Babiński* wyraźny, uwypuklanie się mózgu do rany za uchem, leukocytów 23000.



Zdjęcie roentgenowskie. Rys. 5.



Rys. 6. A—wejście do ropnia.

28 VII. Punkcja lumbalna: płyn mętny, pod ciśnieniem, w ilości 30 $cm.^3$ Stan chorego nie poprawia się, meningo-encephalitis postępuje, wyraźny prolaps mózgu.

30.VII. Trzecia z rzędu punkcja lumbalna: płyn mętny. Prolaps mózgu wielkości kurzego jaja, silne bóle głowy. Czasami zupełnie traci przytomność i wówczas oddaje mocz pod siebie. Leukocytów 18000.

31.VII. Temp. 40,2 C, tętno 100, słabo napięte, nieregularne. Chory nieprzytomny.

1.VIII. Punkcja lumbalna. Prolaps mózgu zwiększył się do wielkości jaja gęsiego. (Rys. Nr. 6).

2.VIII. Exitus. Sekcji nie robiono.

W przypadku tym godne uwagi jest to, że pomimo zmniejszania się leukocytów, stan chorego pogarszał się; objaw zupełnie przeciwny, niż w przypadkach *Guns'a i Jadin'a*, gdzie jednocześnie z polepszeniem przychodzi zmniejszenie się liczby leukocytów we krwi. Z mojej obserwacji wynika, że wcale nie można odczytać polepszenia, lub pogorszenia ze wzrostu lub zmniejszenia się leukocytów, jak dowodzili *Jadin* i *Guns*.

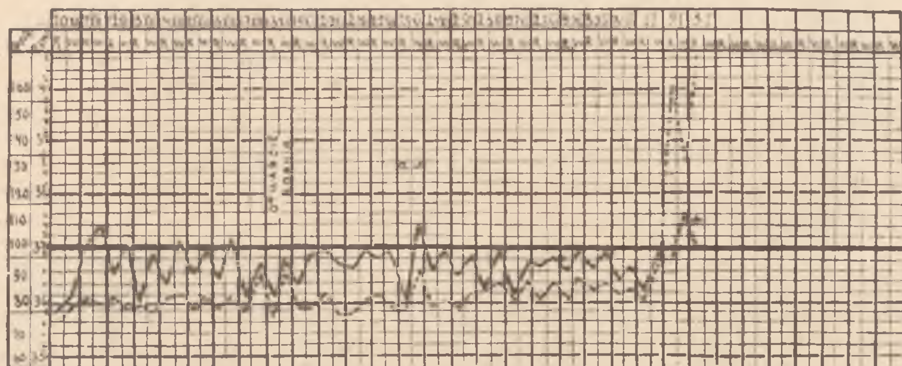
P r z y p a d e k III. Chora Pelagja H., lat 24, dostarczona do szpitala 10.XII 1931 r. Od 2-ch tygodni rzekomo nie może pracować. Musiała leżeć w łóżku z powodu silnych bólów głowy, zwłaszcza strony lewej, a także za uchem lewem, jako też z powodu wymiotów, które najczęściej występują po spożyciu chociażby najmniejszej ilości pokarmów. Zawroty głowy. Wyciek ropny z ucha lewego trwa od lat kilkunastu z przerwami; ostatnio trwa od miesiąca.

Stan obecny: chora budowy prawidłowej, dobrze odżywiona, apatyczna, daje jasne odpowiedzi. Motoryczna siła obu kończyn z obu stron jednakowa. Źrenice reagują. Nystagmus spontaneus poziomy w stronę chorą, Lekka sztywność karku i ból przy zginaniu głowy, *Kernig* ujemny. W prawem uchu zmiany kataralne, W lewym przewodzie słuchowym ropna wydzielina, po usunięciu której widoczne są polipowate masy wystające z jamy bębenkowej, tylna ściana przewodu uwypuklona; przy dotyku sondą stwierdza się, że to uwypuklenie zawiera płynną masę. Processus mastoideus bardzo wrażliwy na ucisk, szczególnie w kierunku szczytu, jako też w górnej części mięśnia sterno-cleidomastoideus. Znaczna też wrażliwość przy opukiwaniu okolicy skroniowej lewej. Mowy zwykłej na ucho lewe chora nie słyszy. *Babiński* zaznaczony po stronie prawej. Temp. 36,1, tętno 82, miarowe. Ze strony narządów wewnętrznych zmian nie stwierdza się. Rozpoznano: mastoiditis ac. et abscessus cerebri lobi temporalis sin. Na operację chora za nic nie chce się zgodzić.

13.XII. Uwypuklenie w przewodzie tylnej ściany przecięto, wylało się dużo ropy mocno cuchnącej, zawierającej masy perlakowate. Przez ranę wchodzi się sondą do głębi wyrostka sutkowego. Wymioty trwają nadal po jedzeniu. Chora urynuje pod siebie. Po kilku dniach bóle głowy tak silne, że chora godzi się na zabieg.

18.XII. W uśpieniu eterowem doszczętna operacja: duży zropiały perlak z przebiciem się do przewodu usznego. Rozmiękczenie kości w kierunku tegmen antri. Zatoka esowata odsłonięta zgrubiała, nie tętni. Po dokonaniu doszczętnej

operacji z usunięciem mas polipowych z mesotympanon i wycięciu tylnej ściany przewodu błoniastego, odsłonięto oponę dołu czaszkowego środkowego wielkości dwuzłotówki. Opona twarda, zgrubiała, nie tętni, gładka. Punkcja wykazała ropę z wyraźnemi cząsteczkami tkanki mózgowej na głębokości 4 cm. Po przecięciu wylało się około 2-ch łyżek gęstej cuchnącej ropy. Założono dren, pozostawiając ranę otwartą za uchem. Na drugi dzień jamę ropnia wypełniono jodipiną i dokonano zdjęcia roentgenowskiego (Nr. 7). Chora w ciągu kilku dni po operacji czuła się stosunkowo lepiej, bóle głowy mniejsze, wymioty natomiast po jedzeniu trwają, lecz rzadsze, pod siebie nie urynuje, brak temperatury, tętno około 80 miarowe, dobrze wypełnione (karta gorączkowa Nr. 3). Jamę ropnia przemywa



Karta gorączkowa Nr. 3.

się codziennie riwonalem. W piątym dniu po operacji temperatura nieco się podniosła (37,4^{0}), tętno 92. Chora senna, na zadawane pytania odpowiada po namyśle. Sztywność karku większa, *Kernig* nieco zaznaczony, *Babiński* wyraźny, lekki klonus na prawej nodze, zaznacza się ataxia obu górnych kończyn. Podejrzewając ropień móżdżku, dokonano kilku punkcyj w różnych kierunkach bez wyniku dodatniego. Leukocytów 10000. Punkcja lumbalna dała płyn mętny w ilości 25 cm.^{3}, zawierający dużo leukocytów.

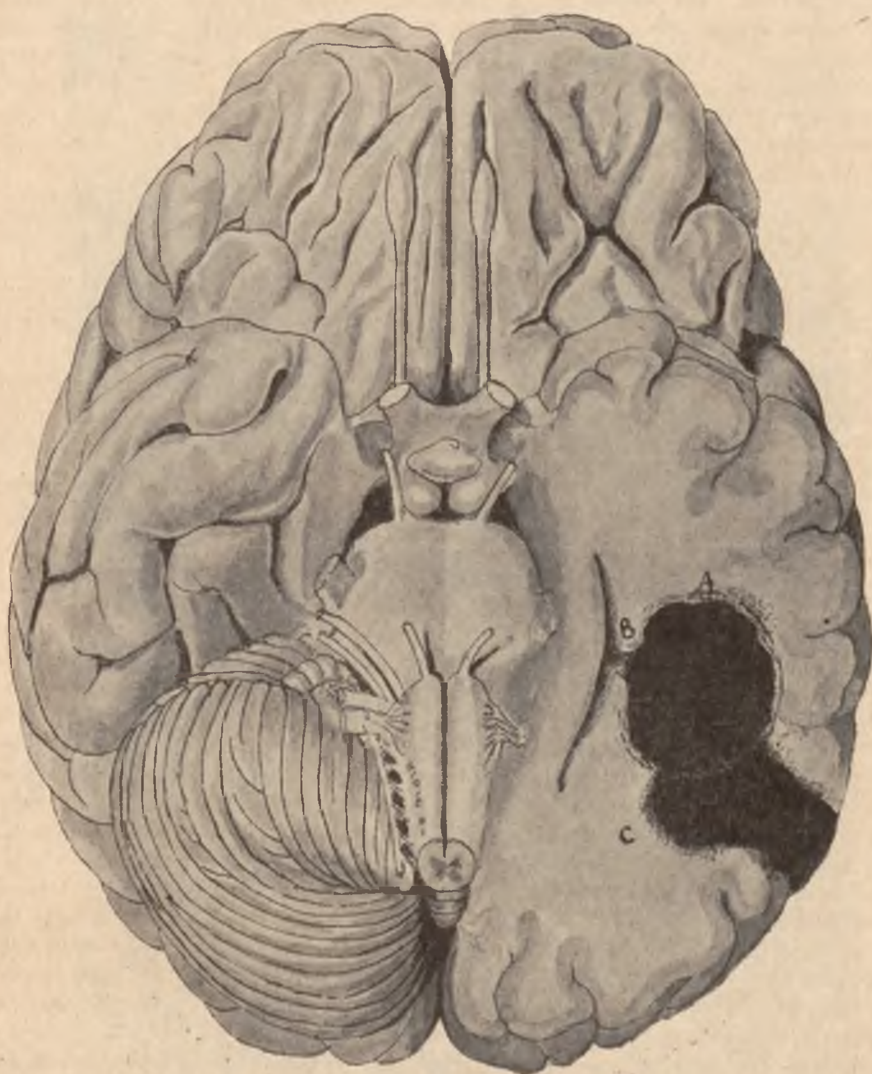
27.XII. Oczopląs żywszy w stronę zdrową. Chora chwilami nieprzytomna oddaje mocz pod siebie. Stan chorej z każdym dniem pogarsza się, w końcu traci ona zupełnie przytomność i 16-go dnia po otwarciu ropnia przy objawach coma następuje exitus.

Sekcja głowy wykazała ropień otorbiony lewego płata skroniowego wielkości małego jaja kurzego z przedarciem się dużem do komory bocznej i ogniskiem encephalomalatycznem nazewnątrz (rysunek Nr. 8). W komorach mętny płyn, móżdżek bez zmian. Oprócz tego na sekcji stwierdzono oedema et hyperemia cerebri.

P r z y p a d e k IV. Chory Kazimierz W., lat 18, dostarczony do szpitala 3.I. 1932 r. w stanie nieprzytomnym. Pacjenta tego obserwowałem od dłuższego czasu. Zgłosił się do mnie pierwszy raz 15.X 1931 r. na przyjęcie ambulatoryjne ze skargami na przytępienie słuchu na prawe ucho, z którego od tygodnia chory zauważył wyciek ropny, czego przed tem rzekomo nie było; ostatnio przy dotyku do ucha odczuwał ból.



Zdjęcie roentgenowskie Rys. 7.



Rys. 8,

A—ropień otorbiony
B—miejsce przedarcia się ropnia do komory bocznej.
C—ognisko encedhalomalatyczne.

Wziernikując ucho, stwierdzono przy wejściu nieduży furunkuł, w głębi dużo woszczyny i trochę ropnej wydzieliny. Po wypłókaniu widoczny jest ubytek, błony bębenkowej w tylnej jej części, poza tem nic szczególnego. Słuch: szept 0,5 m., m. zw. 4—5 m. Po odpowiedniej kuracji wyciek z ucha zmniejszył się, ale w przewodzie zewnętrznym tworzyły się coraz to nowe furunkuły. Widując chorego dość często, miałem możność zauważyć u niego przygnębienie i apatję. Naogół robił wrażenie cierpiącego jednak na nic się nie uskarżał. Błędnik bardzo wrażliwy, przy przemyciu ucha ciepłym rozczynem dezynfekcyjnym powstaje długotrwały i wybitny oczopląs w stronę chorą. W listopadzie znowu się zgłosił: otitis externa circumscripta przebiegająca uporczywie, wyciek z jamy bębenkowej obfitszy, chory łatwo mdleje, apatja jeszcze bardziej postępuje, żadnych bólów głowy, chory chodzi zamyślony, pomimo intensywnej kuracji wyciek nie ustępuje.

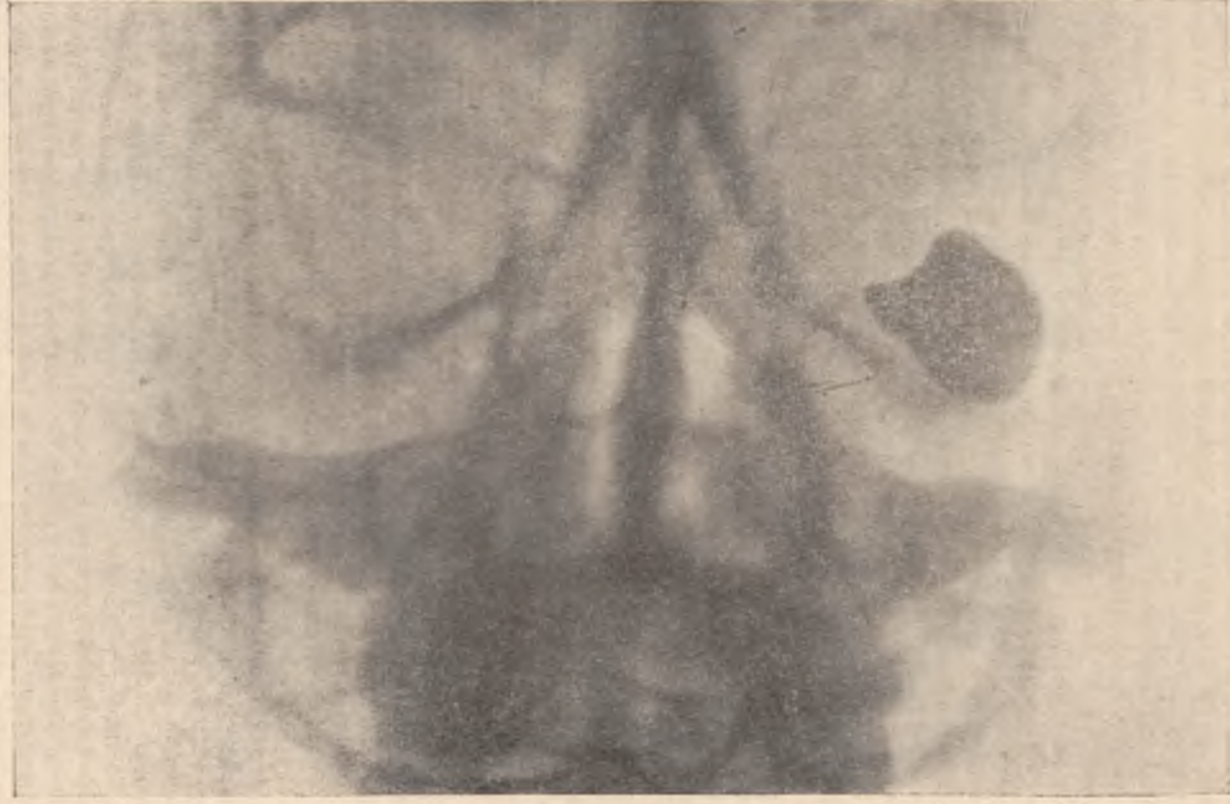
W początkach grudnia zaproponowałem dokonanie doszczętnej operacji, na co chory nie zgodził się, poprzestając na dalszem leczeniu konserwatywnem.

Przedostatni raz chory był na przyjęciu ambulatoryjnem dn. 22.XII. Otitis externa utrzymuje się. Po dłuższej przerwie, trwającej prawie 10 dni, chory zgłosił się w towarzystwie rodziny (31.XII) i wówczas dowiedziałem się, że przez ten cały czas leżał on w łóżku, silnie pocił się, stale wymiotował, co uważano za niestrawność żołądkową. Wspomniane dolegliwości ustąpiły.

31.XII. Stwierdziłem, że chory jest bardzo wycieńczony, osłabiony, apatyczny, kolor twarzy ziemisty, wyrostek sutkowy na ucisk niebolesny, jako też niebolesne i opukiwanie okolicy skroniowej, w przewodzie słuchowym w przedniej jego części furunkuł, w głębi trochę śluzowo-ropnej wydzieliny, sztywności karku brak, temperatura normalna, tętno 64, miarowe, dobrze napięte, źrenice równe, reagują na światło, odruchów patologicznych brak. Pomimo, że żadnych bólów głowy chory nie odczuwa, to jednak wyżej wspomniane dane i intuicja skłaniają mnie do przypuszczenia o istnieniu ropnia mózgowego prawego płata skroniowego. Podkreślam konieczność natychmiastowej operacji, na co chory i rodzina nie godzą się, uważając te dolegliwości, jako skutek niestrawności żołądkowej.

3.I.32 r. Obecnie dowiaduję się, że chory dnia 2.I r. b. czuł się stosunkowo dobrze i raptem przy kolacji zaniemówił i stracił przytomność

Stan obecny: chory nieprzytomny, silna hyperemia twarzy, opistotonus, wyraźny *Kernig* i *Babiński*, tętno 124, niemiarowe, temperatura 39,1^0 C., drgawki toniczno-kloniczne, nystagmus spontaneus w stronę chorą. Natychmiastowa operacja doszczętna: kość nieco sklerotyczna, tylko w kierunku tegmen antri stwierdza się kość nieco rozmiękczoną. Po zbiciu mostka i dokonaniu plastyki przewodu oddłutowano tegnem antri et tympani. Odsłonięta opona niezmieniona co do wyglądu, tętnienia nie zauważa się. Punkcja wykazała na głębokości 2 cm. płyn ropny. Nie wyjmując igły, wstrzyknięto jodipinę w ilości 2,5 cm.^{3}, t. zn. połowę ilości ropy wydobytej podczas punkcji. Przerywa się operację celem dokonania zdjęcia roentgenowskiego (Nr. 9 i Nr. 10). Na kliszy uwidocznia się ropień duży, z wyraźnem uwypukleniem się w kierunku komory bocznej. Po 15 minutach dalszy ciąg zabiegu: przecięto szeroko ropień, wylało się około 4 łyżek ropy płynnej bez zapachu, jamę ropnia wytamponowano. Chory, nie odzyskując przytomności, zmarł następnego dnia po 10 godzinach po otwarciu ropnia. Sekcji nie robiono.



Zdjęcie roentgenowskie. Rys. 9.



Zdjęcie roentgenowskie. Rys. 10

P r z y p a d e k V. Chory Marjan P., lat 31, dostarczony do szpitala 24. 1932 r. w stanie utraty przytomności. Od rodziny dowiedziałem się, że chory od dziesiątego roku życia cierpiał na ropienie lewego ucha z krótszemi i dłuższemi przerwami. Od tygodnia leży w łóżku z powodu silnych bólów głowy, wymiotów i wysokiej temperatury. Lekarz domowy rozpoznał u chorego meningitis otogena i przekazał pacjenta do szpitala.

Stan obecny: chory budowy prawidłowej, miernie odżywiony robi wrażenie ciężko chorego. Wybitne przekrwienie twarzy. Chwilami odzyskuje przytomność i wówczas odpowiada na pytania, skarżąc się na silne bóle głowy. Lewy processus mastoideus lekko bolesny na ucisk. W przewodzie usznym lewym trochę ropnej wydzieliny, błona bębenkowa zniszczona w przedniej części, w jamie bębenkowej widoczne trochę ziarniny, wysoki stopień opuszczenia tylno - górnej ściany. Mowa zwykła na lewe ucho ad concham, w prawem zaś uchu zmiany kataralne. Zrenice równe dobrze reagują na światło: Sztywność karku wybitna, *Kernig* i *Brudziński* dodatni. *Babiński* z obu stron zaznaczony, tak samo objaw *Oppenheima* i *Gordona*, Temperatura 37.5, tętno 84, miarowe dobrze napięte. Rozpoznano mastoiditis et meningitis otogena.

Natychmiastowa operacja doszczętna: wyrostek pneumatyczny, komórki wypełnione ropą, zatoka zdrowa, perisinualne komórki duże i zdrowe, periantralnie i pod tegmen antri et tympani komórki z rozmiękczeniem kości i ze zniszczonemi przegródkami, komórki w kierunku szczytu wypełnione obrzmiałą śluzówką. Usunięto tylną ścianę przewodu słuchowego i mostek, po dokonaniu plastyki oddłutowano tegmen antri, odsłaniając oponę, która się okazała silnie napiętą, bez tętnienia i bladą. Punkcja mózgu dała na głębokości 3 cm. krwistoropny płyn. Odciągnięto tej ropy 5 cm. i nie wyjmując igły, wstrzyknięto 3 cm^3 jodipiny. Otwór igły zatkano watą. a po odpowiedniem jej umocowaniu gazą zrobiono zdjęcie roengenowskie, po dokonaniu którego usunięto igłę i założono do jamy ropnia troakar, odpowiednio umocowując go opatrunkiem z gazy jodoformowej.

25.I. Chory przytomniejszy, zauważa się objaw afazji sensorycznej. Bóle głowy mniejsze. Sztywność karku nie zmniejsza się, *Kernig* wyraźny, *Babiński* i *Oppenheim* trwają, ogólna hyperestesia. Zdjęcie roentgenowskie (№ 11 i № 12) wykazuje trójkomorowy ropień. Ropień szeroko otwarto, rozchylając jego brzegi wziernikiem *Killiana*, jamę ropnia wyłyżeczkowano i wytamponowano setonami jodoformowemi.

26.I. Temperatura wieczorem 39,2^0, tętno 84. Po usunięciu setonów wylało się dużo ropy, ropień przemyto riwanolem. Stan ogólny pogarsza się, bóle głowy trwają, chory wymiotuje.

27.I. Temperatura nieco niższa, tętno natomiast wyższe niż poprzedniego dnia, 98 (karta gorączkowa Nr. 4). Opatrunek.

28.I. Punkcja lumbalna, płyn mętny, kłaczkowaty, pod ciśnieniem, w ilości 35 cm^3, wieczorem samopoczucie chorego lepsze.

29.I. Punkcja lumbalna, punktat bez znaczenia z powodu znacznej domieszki krwi. Chory nieprzytomny, tętno niemiarowe, słabo wypełnione, oddech powierzchowny, kilka razy w ciągu dnia skurcze toniczno-kloniczne.

31.I. Exitus przy objawach śpiączki.

Sekcja głowy wykazała trójkomorowy ropień lewego płata skroniowego (rysunek Nr. 13). Jedna komora otorbiona, umiejscowiona dośrodkowo, pozostałe

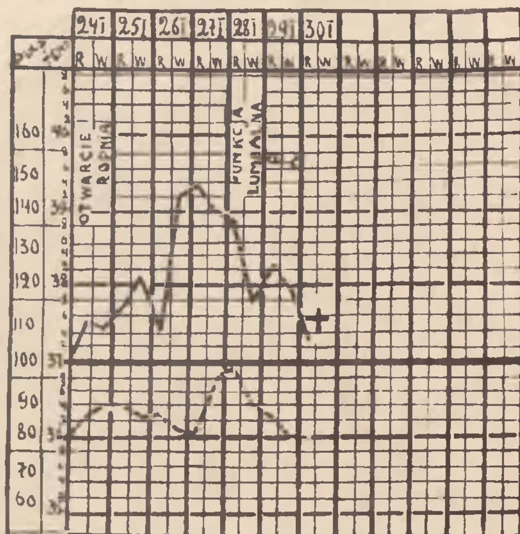


Zdjęcie roentgenowskie. Rys. 11.



Zdjęcie roentgenowskie. Rys. 12

zaś jamy ropne, położone ku przodowi i nazewnątrz, nieotorbione. Otorbiona jama łączy się z komorą boczną, jako też z ropniem podoponowym, położonym dośrodkowo u podstawy płata skroniowego. Komory mózgowe rozszerzone i zawierają mętny płyn. Nadto stwierdzono meningitis basilaris et oedema cerebri.

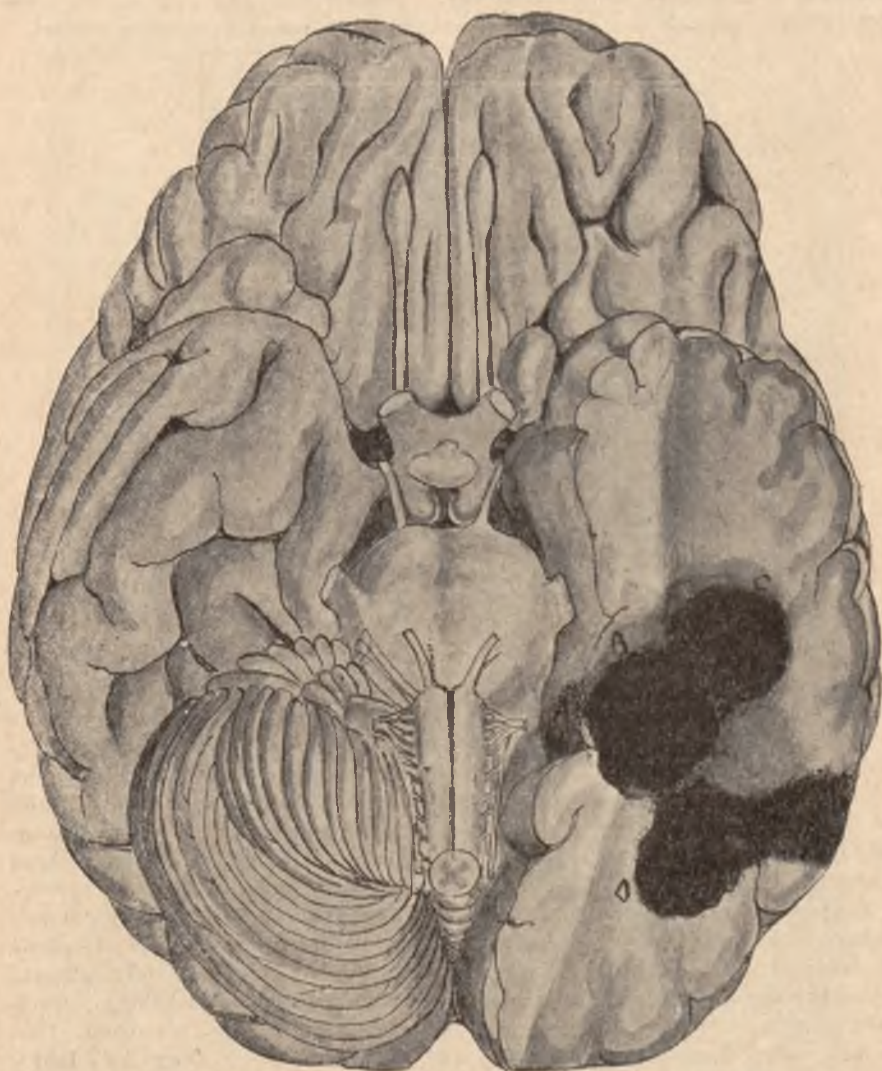


Karta gorączkowa Nr. 4

P r z y p a d e k VI. Chora Cecylja J. Przybyła do szpitala ze skargami na silne bóle głowy ze szczególnem nasileniem za uchem prawem w okolicy blizny po antrotomji, której dokonano w czerwcu r. 1930 z powodu mastoiditis ac. dextr., kiedy to stwierdzono znaczne przekrwienie wyrostka sutkowego, komórki zaś były wypełnione surowiczo-krwawym płynem z obrzmieniem śluzówki.

Ciekawe było w omawianym przypadku to, że mastoiditis acuta wystąpiła bez zmian błony bębenkowej z nieznacznem prawie przytępieniem słuchu. Leczenie po operacji trwało bardzo długo; dopiero po 8-miu tygodniach wypisano chorą ze szpitala, jako wyleczoną. W grudniu roku 1930 pacjentka zgłosiła się powtórnie do szpitala ze skargami na częste bóle głowy, szczególnie w okolicy potylicy i skroni prawej strony, trwające od trzech tygodni. Blizna pooperacyjna i sąsiednie części zaczerwienione, w okolicy szczytu wyrostka prawego lekki obrzęk, bardzo bolesny na dotyk. Ze strony przewodu usznego nic szczególnego, słuch z obu stron normalny. Żadnych odruchów patologicznych nie stwierdzono. Dno oka bez zmian. Czerwonych ciałek 4.500.000, leukocytów 6.000, z tego 40$^{0}/_{0}$ limfocytów, pałeczkowatych 55$^{0}/_{0}$, młodych 2,5$^{0}/_{0}$, eozynofilów 3$^{0}/_{0}$. Punkcja lumbalna: płyn przezroczysty bez widocznego ciśnienia w ilości 20 cm^{3}. Zdjęcie roentgenowskie prawego wyrostka sutkowego żadnych wskazań do postępowania radykalnego nie daje. Temperatura waha się około 37,2^{0}. Tętno 86. Zaordynowano zastrzyki propidonu, okłady rozgrzewające, a później naświetlanie lampą Solux. Stan chorej poprawił się tak, że po kilku tygodniach została wypisana ze szpitala.

Dn. 8.II. 1932 r. chora zgłosiła się do szpitala po raz trzeci. Stan obecny: chora miernie odżywiona, budowy prawidłowej, za uchem prawem w okolicy



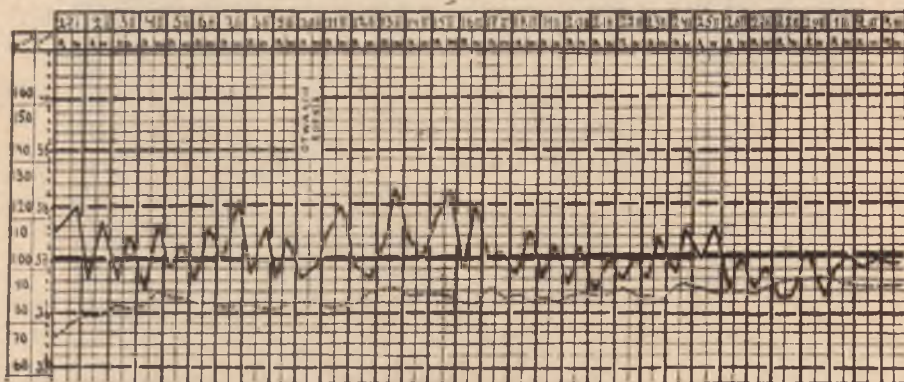
Rys. 13.

A—miejsce ropnia podoponowego
B—otorbiony ropień
C—komora ropnia przednia } brak torebki
D— „ „ tylna }

blizny zaczerwienienie i lekki obrzęk, na ucisk w okolicy wyrostka chora mocno reaguje, opukiwanie okolicy skroniowej prawej bolesne, błona bębenkowa prawa zgrubiała, słuch dobry, Rin. dodatni, *Schwabach* norma, *Weber* lateryzuje w stronę prawą, lewe ucho bez zmian, odruchów patologicznych brak, odruch kolanowy nieco wzmożony, temperatura 38^0, tętno 80, miarowe, dobrze wypełnione. Dokładne badanie w kierunku afazji sensorycznej, parafazji słownej i literowej nic nie wykazało, jako też badanie w kierunku płuc i nerek. Zastosowano narazie okłady rozgrzewające i zastrzyki omnadyny.

10.II Operacja ucha: cięcie za uchem w linji blizny. Po odseparowaniu okostnej uwidocznia się zregenerowany wyrostek sutkowy w kształcie prawidłowym. Gdybym sam nie operował chorej w r. 1930, mógłbym twierdzić, że wyrostek nie był dłutowany. Dopiero dłutując przekonałem się, że warstwa kostna powierzchowna bardzo cienka, przezroczysta, głębiej widoczne jest przekrwienie i rozmiękczenie tkanki kostnej na całej przestrzeni. Zatoka esowata odsłonięta uwypukla się do rany o ściankach zgrubiałych, tętnienie widoczne, rozmiękczenie nieznaczne peryantralnie i w kierunku tegmen antri. Odsłonięto oponę dołu czaszkowego środkowego, która okazała się wcale niezmienioną. Punkcja domózgowa wykazała ropę na głębokości 1,5 cm. Wstrzyknięto jodipiny w ilości połowy wydobytej ropy, a po wbiciu troakara w miejscu ukłucia igłą zrobiono zdjęcie roentgenowskie (Nr. 14). Po stwierdzeniu na zdjęciu wielkości, kształtu i położenia ropnia, rurkę metalową cofnięto o 1 cm. i umocowano odpowiednio ułożonym opatrunkiem z gazy jodoformowej. Na obwodzie zaś odsłoniętej opony między kość a oponę założono opatrunek uciskowy celem spowodowania obliteracji opon, aby uniemożliwić powstanie meningitu.

Na drugi dzień po otwarciu ropnia bóle głowy nieco mniejsze, natomiast wystąpiły nudności i wymioty zwłaszcza po jedzeniu, żadnych zaś odruchów pa-



Karta gorączkowa Nr. 5.

tologicznych nie stwierdzono, jako też sztywności karku, temperatura nieco się podniosła (karta gorączkowa Nr. 5). Chorą większą część doby przetrzymywano w pozycji siedzącej według zaleceń *Mucka*. Jamę ropnia codziennie przemywano riwanolem poczem każdorazowo wstrzykiwano do wnętrza ropnia 5% wodny roztwór pyoctaniny.



Zdjęcie roentgenowskie. Rys. 14.

Po kilku dniach wspomniane dolegliwości ustąpiły i chora siódmego dnia po operacji zaczęła chodzić. Wyciek z jamy ropnia nieznaczny; badanie mikroskopowe ropnej wydzieliny dało gronkowce.

20.II. 1932 r. Usunięto zupełnie rurkę metalową, ropy brak, do ujścia ropnia włożono seton nasiąknięty pyoctaniną, który zmienia się co drugi dzień.

3.III. 1932 r. Chora z powodu braku świadczeń wypisana ze szpitala, dalsze leczenie rany za uchem ambulatoryjnie. Ropień mózgowy zagojony zupełnie, samopoczucie dobre, bóle głowy nie występują.

Na podstawie moich obserwacyj doszedłem do przekonania, że każdy przypadek ropnia mózgowego co do sposobu operacji i postępowania pooperacyjnego należy traktować indywidualnie, w zależności od anatomicznej formy i przebiegu klinicznego każdego przypadku.

O ile chodzi o zastosowanie takiego lub innego postępowania chirurgicznego, to bezwzględnie musimy wziąć pod uwagę nietylko głębokość położenia ropnia, lecz także jego wielkość, gdyż bardzo często ściana wewnętrzna dużego płytko umiejscowionego ropnia sięga aż do komory bocznej.

Przy dużych ropniach, kiedy to istnieje większa możliwość penetracji do komory bocznej, należy stosować szerokie otwarcie, wycinając okienko opony twardej jako też stosując szerokie usunięcie warstwy korowej, aby mieć dobre wejrzenie do wnętrza ropnia i codziennie oglądać jego dno, stosując przy tem tamponadę i przemywanie jamy płynem dezynfekcyjnym. Natomiast stosowanie w tych przypadkach drenażu *Lemaitr'a*, polegającego, jak wiadomo, na zakładaniu drenów coraz to grubszych, zaczynając od najcieńszego, uważam za mniej wskazane, gdyż niezawsze zapobiega to przeniknięciu ropnia do komory bocznej, co stwierdziłem osobiście w przypadku 3-cim, stosując drenowanie: ropa miała odpływ, a pomimo to proces nekrotyczny posuwał się głębiej i po przebiciu torebki przeszedł do komory bocznej, powodując exitus.

Sposób *Lemaitre'a* ma na względzie przedewszystkiem uniknięcie przedostania się ropy do przestrzemi podpajęczynowej, t. zn. chce on zabezpieczyć pacjenta od zapalenia opon mózgowych, nie zapobiega natomiast przy głębiej położonych ropniach powstaniu jeszcze groźniejszego powikłania, jakiem jest przedarcie się ropnia do komory bocznej, powstającego, mojem zdaniem, wskutek niedostatecznego odpływu ropy. Metoda jednak *Lemaitre'a* daje dobre wyniki w przypadkach ropni niedużych i położonych w korze mózgowej lub też pod korą.

Ażeby stwierdzić wielkość ropnia, jego położenie i formę, należy przed otwarciem tegoż zrobić zdjęcie roentgenowskie kontrastowe. Przekonałem się, że najważniejszym warunkiem leczenia ropni mózgowych jest przetrzymywanie chorego w pozycji siedzącej w/g wskazań *Mucka*, w pozycji bowiem leżącej obejrzenie wnętrza ropnia jest niemożliwe, nawet rozchylenie wziernikiem *Killiana* niezawsze pomaga, gdy miękka masa mózgowa wsuwa się między skrzydła wziernika. O racjonalności metody *Mucka* co do pozycji podczas operacji miałem możność przekonać się przy każdej trepanacji ucha, kiedy z jakichkolwiek względów opona była odsłonięta, wówczas staje się widoczne wypuklanie i wpuklanie się opony twardej w zależności od respirjum.

W praktyce swojej przy stwierdzeniu ropnia położonego bardziej zewnętrznie niedużej wielkości używam do odprowadzenia ropy trojgrańca, by zaś uniknąć powikłania w postaci zapalenia opon mózgowych, zakładam gazę jodoformową między oponę a kość w celu wywołania obliteracji opon.

Opierając się na przykładzie przypadku 5-go, wnosić należy, że ilekroć mamy objawy, wskazujące na zapalenie otogeniczne opon mózgowych, należy zawsze dokonywać puncji domózgowej, aby nie przeoczyć ropnia mózgowego, zwłaszcza jeżeli meningitis powstała na tle przewlekłego ropienia ucha. Na podstawie zaś przypadku 1-go przy operacji ucha, gdy chory choć cokolwiek uskarżał się na bóle głowy, należy odsłonić oponę i wrazie potrzeby dokonać punkcji mózgu, co obecnie stale stosuję, jako regułę. Nie zdarzyło się nigdy w mojej praktyce, ażeby punkcja mózgu spowodowała jego infekcję, albo też obrzęk mózgu, o czem wspominają *Krause i Heymann.*

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Profesor Dr. *Teofil Zalewski*.

Ezofagoskopja pod względem rozpoznawczym i leczniczym. *)

Podał Docent Dr. ANTONI DOBRZAŃSKI.

Odłamki kości w przełyku.

Odłamki kości w przełyku spotykamy najczęściej u dorosłych i wogóle odłamki kości są najczęstszem ciałem obcem w przełyku u dorosłych. Kość, wbita lub zatrzymana w przełyku, może stanowić wielkie niebezpieczeństwo dla chorego o ile ma ostry koniec lub ostry brzeg. Mimo bowiem wczesnego usunięcia jej mogą wystąpić ciężkie ropne stany zapalne w ścianie przełyku lub w jego otoczeniu i doprowadzić do ciężkich powikłań, które mogą sprowadzić zejście śmiertelne.

Na około 45 przypadków, leczonych w Klinice mieliśmy w 2-ch przypadkach zejście śmiertelne, spowodowane powikłaniami, wywołanemi przez cienką blaszkę kostną, tkwiącą w przełyku, które poniżej przytoczę:

P r z y p a d e k 24. Chora lat 16 połknęła blaszkę kostną z kury. W 12 godzin po połknięciu wykonana ezofagoskopja pozwoliła stwierdzić w pierwszej cieśni przełykowej blaszkę kostną, którą wydobyto przy pomocy ostrych szczypczyków B r ü n i n g s a. Stan chorej już przed ezofagoskopją był ciężki, wskutek obrzęku szyi, bolesności na ucisk w okolicy krtani, przykurczu głowy ku przodowi i stanu gorączkowego. Mimo wydobycia ciała obcego stan zapalny ropny około przełyku w ciągu następnego tygodnia nie cofał się, tak, że w końcu zmuszeni byliśmy przystąpić do otwarcia ropnia od zewnątrz. W czasie zabiegu zaraz po wykonaniu cięcia skórnego nastąpiło samoistne przebicie ropnia do tchawicy i duszenie się. Natychmiastowa tracheotomja zdołała przywrócić oddech, lecz mimo to stan chorej się pogarszał skutkiem zakażenia ogólnego i zapalenia płuc. W dwa dni później chora umarła. Po otwarciu tchawicy uderzył nas cuchnący zapach ropy, którą chora częściowo wyksztuszała. Przypadek wskazuje jak ciężkie powikłanie może dać ostra blaszka kostna, mimo gładkiego i wczesnego wydobycia jej z przełyku. Tabl. Nr. 57.

P r z y p a d e k 25. Chora lat 28, połknęła w czasie jedzenia zająca kostkę, którą poczuła następnie tkwiącą w przełyku; czuła ostre kłucie przy każdym ruchu połykowym. Ponieważ po 2-ch dniach

*) Wygłoszony jako referat programowy w sekcji Otolaryngologicznej XIII Zjazdu Przyrodników i Lekarzy we wrześniu 1929 r. w Wilnie.

objawy te nie ustępowały i wystąpiła ciepłota 38.5^0 i obrzęk na szyi po stronie lewej, zgłosiła się do Kliniki. Stan chorej był ciężki; ciepłota podwyższona, silny ból w przełykaniu, bolesność na ucisk na wysokości chrząstki pierścieniowej, wskazywały na niewątpliwą obecność ciała obcego. Pozatem stwierdzić można było lekki obrzęk na szyi po stronie lewej. Wykonano ezofagoskopję w znieczuleniu miejscowem i stwierdzono tuż poniżej pierwszej cieśni tkwiącą ukośnie w przedniej i tylnej ścianie kość; odszukanie kości natrafiało na trudności z powodu silnego obrzęku śluzówki i wydobywaniu się obfitej wydzieliny ropnej. Po oczyszczeniu pola widzenia zapomocą pompki oraz po rozpyleniu na obrzękłą śluzówkę roztworu kokainy z adrenaliną pokazała się środkowa część kości, wbitej obydwoma końcami. Po obluźnieniu końca tkwiącego w przedniej ścianie zapomocą odciągania jej rurą zachwycono kość ostrymi szczypczykami i wydobyto na zewnątrz (Tabl. Nr. 48). W przebiegu pooperacyjnym stan chorej był poważny z powodu objawów ropnego zakażenia okołoprzełykowego, mimo to następnego dnia po wydobyciu rodzina bez pozwolenia zabrała chorą do domu. Po 2-tygodniach przywieziono chorą w stanie bardzo ciężkim, z wielką dusznością i objawami ropnego zapalenia śródpiersia. Wykonano tracheotomję, po której oddech i sinica nieznacznie się poprawiły, lecz wysoka ciepłota i duszność utrzymywały się. Ponieważ jasnem było, że mamy do czynienia z ropnem zapaleniem śródpiersia, oraz z powodu bardzo ciężkiego stanu chorej nie zdecydowaliśmy się na odsłanianie przełyku w części szyjnej, gdyż wobec opadnięcia ropy do klatki piersiowej zabieg ten nie osiągnąłby żadnego skutku. Chora w kilka godzin po tracheotomji umarła.

Oba przytoczone przypadki wskazują na wielkie niebezpieczeństwo jakie ostra kość tkwiąca w przełyku może spowodować. Wbija się ona ostrym końcem w ścianę przełyku, wywołując, z powodu swej zakaźności, szybko występujący stan ropny zapalny, który ze względu na głębokość położenia przełyku i wiotkiej tkanki około-przełykowej, znajdującej się w przestrzeniach przechodzących bez ograniczenia w tylne i przednie śródpiersie sprowadza zejście śmiertelne. W przypadkach tych, o ile w ciągu najbliższych dni po wydobyciu kości, nie ustępują objawy zapalne, jak bolesność na ucisk okolicy części szyjnej przełyku, podwyższona ciepłota, niemożność połykania i t. p.. należy ezofagoskopję powtórzyć, by ewentualnie opróżnić ropień na tej drodze. O ile zaś ten zabieg nie osiąga skutku, należy wykonać otwarcie ropnia około-przełykowego od zew-


34


35


36


37


38


39


40


41


43


44


45


46


47


48


49


50


51


52

Ze zbiorów Kliniki otolaryngologicznej U. J. K. we Lwowie.
Odłamki kości wydobyte z przełyku.

nątrz przez nacięcie wzdłuż przedniego brzegu mięśnia sutkowo-mostkowo-obojczykowego, które może powstrzymać postępowanie ropnego stanu zapalnego do klatki piersiowej. O ile natomiast ropny stan zapalny około przełyku ma miejsce w klatce piersiowej, to jesteśmy bezsilni, bo wykonanie torakotomji i otwarcie ropnia od tyłu jest zabiegiem zawsze śmiertelnym. Pozostaje więc jedynie szukanie sposobu otwarcia ropnia w tych przypadkach zapomocą ezofagoskopji i aspiracji ropy zapomocą pompki. W kilku bowiem przypadkach ropnia w ścianie przełyku, utworzonego skutkiem ciała obcego, mieliśmy możność obserwować w czasie ezofagoskopji, jak opróżniała się ropa do światła przełyku po wydobyciu ciała obcego i jak stan chorego, przed zabiegiem ciężki, po opróżnieniu się ropnia, szybko się poprawiał. Prócz tego zaleca się wspieranie leczenia zapomocą proteinoterapji.

Przypadek 26. Chora lat 40, W. M. przed 4-ma dniami w czasie jedzenia mięsa wołowego połknęła kość. Uczuła ból, wystąpiły wymioty i od tego czasu nie może połykać nawet płynów, ból po stronie prawej umiejscawia się poniżej i nieco z boku krtani. Wykonano ezofagoskopję w znieczuleniu miejscowem i stwierdzono na wysokości pierwszej cieśni twarde ciało sterczące skośnie bliżej ściany tylnej i lewej, gdzie zapomocą szczypczyków ostrych wydobyto kość długą na 3 cm o brzegach i końcach ostrych, szerokości 0.50 cm. (Tabl. Nr. 58). Ściana przełyku obrzękła i krwawiąca za dotykiem. Następnego dnia ciepłota opadła, chora czuje się dobrze, nieznaczne bóle utrzymują się przy łykaniu. Następowy przebieg chorobowy bez powikłań.

Przypadek 27. Chora lat 40. Przed 10-dniami w czasie jedzenia zupy połknęła kość wieprzową; wystąpiło uczucie dławienia i wymioty. Od tego czasu nie może połykać pokarmów stałych, tylko płyny, przyczem czuje ból w klatce piersiowej. Wykonano ezofagoskopję w znieczuleniu miejscowem i stwierdzono w odległości 35 cm. od zębów białe szerokie ciało, ustawione skośnie bliżej ściany bocznej lewej. Ostrymi szczypczykami wydobyto na zewnątrz. Kość okazała się w kształcie piramidy płaskiej z jednym wydłużonym końcem, o podstawie 2.5 cm i boku 2 cm; w miejscu zatrzymania się kości stwierdzono odleżynę. (Tabl. Nr. 64). Następowy przebieg bez powikłań.

Przypadek 28. Chora lat 59, przed tygodniem w czasie jedzenia połknęła kość wołową. Od tego czasu cierpi na trudności w połykaniu i bóle w okolicy dołka jarzmowego. Badanie rentgeno-

logiczne wykazało w okolicy dołka jarzmowego cień, mogący odpowiadać ciału obcemu. Treść barowa na wspomnianej wysokości zatrzymuje się. Wykonano ezofagoskopję; na wysokości pierwszej cieśni stwierdzono obrzęk śluzówki i ziarninę. Na tejże wysokości znajdowała się kość, którą obluźniono tępemi szczypczykami, poczem wydobyto ją za rurą. Wydobyta kość w kształcie rombu, wielkości 2 — 3 cm, grubości 2 mm o ostrych brzegach i końcach. Przebieg następowy bez powikłań. Tabl. Nr. 63.

Przypadek 29. Chory lat 62, przed 3-dniami w czasie obiadu połknął kość z wieprzowiny. Po połknięciu uczuł ból przy połykaniu, zwłaszcza pokarmów stałych. Stan taki utrzymywał się do chwili zgłoszenia się chorego do Kliniki. Ostatnio dołączył się przykry zapach z ust. Ciepłota wynosiła 37.3 C. Badanie rentgenologiczne nie wykazało cienia ciała obcego. Treść barowa zatrzymała się chwilowo na wysokości VI—VII kręgu szyjnego, co czyniło prawdopodobnem obecność ciała obcego. Przy ezofagoskopji, w odległości 20 cm od zębów, stwierdzono dość silny obrzęk błony śluzowej przełyku oraz białą masę, która się okazała resztkami pokarmów, przeważnie mięsa. Po usunięciu, zapomocą szczypczyków tępych, owej masy okazała się na tejże wysokości kość, ustawiona poprzecznie, silnie wklinowana w śluzówkę bocznej ściany przełyku. W czasie wyciągania kości szczypczykami natrafiono na bardzo silny opór tak, że za kością wynicowała się śluzówka przełyku, pociągana przez końce wklinowanej kości. Przez odpowiednie ruchy obrotowe udało się kość w końcu obluźnić i wydobyć za rurą do gardła, skąd ją następnie wyjęto na zewnątrz. Wydobyta kość płaska, kształtu trójką'nego, długości około 4 cm, grubości około 3—4 mm o ostrych końcach. Następowy przebieg bez powikłań. (Tabl. Nr. 65).

Przypadek 30. Chora lat 54, w czasie obiadu połknęła kość z kurczęcia. Od tego czasu nie mogła połykać i odczuwała ból po stronie lewej. Badanie rentgenologiczne nie wykazało obecności ciała obcego. Przy ezofagoskopji w pierwszej cieśni stwierdzono obrzęk i treść ropną. W temże miejscu widoczna kostka cienka, wklinowana w ścianę po prawej stronie. Wydobyto ją na zewnątrz przy pomocy tępych szczypczyków. (Tabl. Nr. 54).

Przypadek 31. Chora lat 32, w czasie jedzenia mięsa poczuła ból w gardle. Wystąpił kaszel i dławienie się, przyjmowanie pokarmów możliwe, ale bolesne. Wykonano ezofagoskopję w odległości 20 cm od zębów. Wyjęto ezofagoskop następnie zaś wprowadzono go ponownie i stwierdzono cieńką kość, ustawioną skośnie; wyjęto

szczypczykami tępymi. Kość długa 3 cm, cienka, o ostrych końcach. Przebieg dalszy bez powikłań. (Tabl. Nr. 55).

Przypadek 32. Chory lat 54, w czasie jedzenia kury uczuł, że kęs się zatrzymał w przełyku i wystąpiły wymioty. Po uspokojeniu się odruchów mógł przełykać płyny i papkowate pokarmy, ale z trudnością. Prześwietlenie rentgenologiczne wykazuje zatrzymanie się papki na wysokości dołka jarzmowego. Wykonano ezofagoskopję i stwierdzono w odległości 23 cm. od zębów masy połkniętych pokarmów (białe mięso). Po usunięciu tychże ukazała się ściana przełyku silnie obrzękła, a z lewej strony wpuklała się do światła listewka kostna, którą wydobyto szczypczykami tępymi (kostka kury). Przebieg prawidłowy bez powikłań. (Tabl. Nr. 57).

Przypadek 33. Chora lat 65 połknęła kość i zgłosiła się do lekarza, który po przeprowadzeniu zgłębika stwierdził, że ciała obcego niema. W 3 dni później wystąpił u chorej obrzęk na szyi, całkowita niemożność przełykania, bolesność na ucisk w okolicy krtani i duszność. Zapomocą ezofagoskopji stwierdzono obecność kości w pierwszej cieśni przełyku. Kość uchwycono i wydobyto na zewnątrz. (Tabl. Nr. 34). Kość miała 3 cm. długości, a 2 cm. szer. Chora miała się po zabiegu zupełnie dobrze, a pozostała tylko częściowa nieruchomość prawej połowy krtani, która przed ezofagoskopją wykazywała bardzo znaczny obrzęk i wywoływała objawy duszności. Ta częściowa nieruchomość krtani mogła być spowodowana przez ucisk na nerw wsteczny, względnie obrażenie stawu pierścieniowo-nalewkowego.

Przypadek 34. Chory lat 37, połknął kość z kury. Odczuwał nieznaczny ból w połykaniu, sądząc jednak, że kość przeszła do żołądka, a ból pochodzi od skaleczenia, nie szukał porady lekarskiej. Dopiero po 3-ch tygodniach zgłosił się do Kliniki. Zapomocą ezofagoskopji stwierdzono w odległości 28 cm. od zębów ziarninę, silnie krwawiącą. Po oczyszczeniu częściowem pola widzenia ukazała się biała kość, którą zachwycono szczypczykami. Wklinowanie kości w ścianę przełyku było tak silne, że szczypczyki trzykrotnie się ześlizgnęły, dopiero za czwartym razem, skręcając nieco, udało się za rurą kość wydobyć. Miała ona nieregularny kształt, długości około 2 cm. z 2-ma wypustkami pod kątem prostym ustanowionemi, długości około $1^1/_2$ cm, ostro zakończonemi. Wypustki te tkwiły w ścianie przełyku. Wydobycie kości w tym przypadku było utrudnione z powodu silnego jej wklinowania. Następowy przebieg choroby był bez powikłań; chory po 4-dniach mógł być odesłany do domu. (Tabl. Nr. 53).


53


54


55


56


57


58


59


60


61


62


63


64


65


66

Ze zbiorów Kliniki otolaryngologicznej U. J. K. we Lwowie.
Odłamki kości, wydobyte z przełyku.

Przypadek 35. Chory lat 35, przed 4-dniami zadławił się kostką z kury, poczem uczuł silny ból w przełykaniu i nie mógł połykać pokarmów stałych, tylko płynne. Prześwietlenie rentgenologiczne wykazało zatrzymanie się papki barowej na wysokości III przestworza międzyżebrowego. Ciepłota wynosiła 37.8 C. Wykonano ezofagoskopję, w czasie której stwierdzono w odległości 37 cm. od zębów t. j. w dolnej trzeciej części przełyku, ranę i ciało obce, które natychmiast znikło zesunąwszy się do żołądka. Przy dalszym badaniu ciała obcego nigdzie wykazać nie można było. Następowy przebieg prawidłowy. Po 3-dniach chory był bez gorączki i przełykał dobrze.

Przypadek 36. Chora połknęła w czasie jedzenia zupy kostkę. Od tego czasu odczuwa silny ból przy przełykaniu, wystąpiła też chrypka. Prześwietlenie rentgenologiczne nie wykazało ciała obcego. Badanie zapomocą lusterka krtaniowego wykazało obrzęk na tylnej ścianie krtani oraz silne zaczerwienienie więzadeł głosowych. Wykonano ezofagoskopję, zapomocą której stwierdzono na wysokości drugiej cieśni przełykowej kość o powierzchni chropawej, tkwiącej w ścianie przełyku po stronie prawej. Uchwycono szczypczykami ostrymi i obluźniono kość, która następnie zeszła do żołądka. Nastąpiło to skutkiem tego, że gąbczasta budowa kości nie pozwoliła na silne uchwycenie jej i założone szczypczyki z drobnym jej odłamkiem pozostały, a ruchy przełyku spowodowały zejście reszty kości do żołądka. Ciepłota ciała po wykonaniu zabiegu wynosiła 37.6, zresztą przebieg prawidłowy. Zaznaczyć należy, że kość ta wywołała małe zdarcie u wejścia do przełyku, co spowodowało obrzęk tylnej ściany krtani.

Przypadek 37. Chora lat 52, przed 24-godzinami przy jedzeniu rosołu połknęła kostkę i od tego czasu czuje ból w gardle, potęgujący się przy każdem połykaniu. Ciepłota 37.2°C. Badanie jamy gardłowej wykazuje na tylnej ścianie gardła wybroczynki krwawe jak po zadraśnięciu czemś ostrem. Prześwietlenie rentgenologiczne wykazało, że papka barowa przechodzi do żołądka z pozostawieniem cienia na wysokości VII kręgu szyjnego na przedniej ścianie przełyku kształtu trójkątnego, wysokiego na 1 cm. a szerokiego na $^1/_2$ cm, który niewątpliwie odpowiada ciału obcemu. Ezofagoskopja stwierdziła rzeczywiście na wysokości pierwszej cieśni przełyku kostkę o ostrych końcach, długości około 2 cm, tkwiącą silnie w ścianie przełyku oboma końcami. Po obluźnieniu jednego końca przez odsuwanie ściany przełyku rurą udało się uchwycić kostkę i wydobyć na zewnątrz. Następowy przebieg prawidłowy. (Tabl. Nr. 44).

Przypadek 38. Chory lat 69, przed 3-ma tygodniami uczuł ból przy połykaniu w czasie jedzenia zupy i od tego czasu miał trudności w przełykaniu oraz częste wymioty, które w ostatnich dniach były z domieszką krwi. Badanie rentgenologiczne nie wykazało ciała obcego w przełyku, a po podaniu papki barowej nie zauważono jej zatrzymania się. Zapomocą ezofagoskopji stwierdzono poniżej pierwszej cieśni ciało obce, tkwiące wśród ziarniny z twardości i zabarwienia podobne do kości. W czasie obluźniania tkwiącego ciała znikło ono wśród ruchów połykowych w przełyku. Następnie przeszukanie światła przełyku nie wykazało już nigdzie ciała obcego. Następowy przebieg prawidłowy, chory był bez gorączki, przełykał dobrze i nie odczuwał żadnego bólu.

Przypadek 39, Chory lat 8, połknął przed 2-ma dniami kość w czasie obiadu. Od tego czasu odczuwał bóle na wysokości dołka jarzmowego; stałych pokarmów przełykać nie może. W uśpieniu eterowem wykonano ezofagoskopję i wydobyto kość o nierównych brzegach, długości około 2 cm. Następowy przebieg prawidłowy. (Tabl. Nr. 56).

Przypadek 40. Chory lat 30, poprzedniego dnia połknął odłamek kostny w czasie obiadu. Lekarz na prowincji wprowadził zgłębnik przełykowy, który przeszedł gładko. Ból jednak na wysokości krtani nie ustawał. Badanie zapomocą lusterka krtaniowego wykazało obrzęk prawej chrząstki nalewkowej i śluzówki prawej zatoki gruszkowatej, która była pokryta śluzowo ropną wydzieliną. Po znieczuleniu i zanemizowaniu dolnego odcinka jamy gardłowej udało się zobaczyć wystający koniec ciała obcego (kostki), którą uchwycono szczypczykami krtaniowymi i wydobyto na zewnątrz. Po zabiegu ból przy łykaniu był znacznie mniejszy, a obrzęk po kilku dniach ustąpił. (Tabl. Nr. 58).

Przypadek 41. Chora lat 20, przed tygodniem, jedząc cielęcinę, połknęła kość i od tego czasu odczuwa bóle i trudności w połykaniu. Ezofagoskopja wykazała na wysokości drugiej cieśni ciało obce szare, tkwiące przy przedniej ścianie w płaszczyźnie poprzecznej wśród martwiczej tkanki. Po oczyszczeniu pola widzenia uchwycono ciało obce szczypczykami ostrymi i wydobyto za rurą. Ciepłota dochodziła następnego dnia do 38.5 C; po dwóch dniach opadła i dalszy przebieg był bez powikłań (Tabl. Nr. 60).

Przypadek 42. Chory lat 38, w czasie jedzenia połknął kostkę, która spowodowała trudności w przełykaniu nawet płynów. Wykonano ezofagoskopję i stwierdzono poniżej pierwszej cieśni sil-

ny obrzęk śluzówki, wśród którego widoczna była kość. Po uchwyceniu kość przełamała się tak, że większa jej część zeszła do żołądka, a mały odłamek jej wydobyto na zewnątrz. Badanie przełyku aż do wpustu nie wykazało obecności ciała obcego. Następowy przebieg prawidłowy.

P r z y p a d e k 43. Chora lat 34, przed 4-dniami w czasie jedzenia uczuwała ból i kłócie. Od tego czasu nie może nic połknąć. Zwróciła się do lekarza, który miał stwierdzić zapomocą sondy żołądkowej obecność ciała obcego w przełyku i skierował ją do Kliniki. Prześwietlenie przełyku wykazało, że cienia obcego ciała w przełyku niema, a treść barowa zatrzymała się u wejścia do przełyku. Temperatura wynosiła wówczas 37.7°C. Badanie jamy gardłowej wykazywało wybroczyny krwawe na lewym tylnym łuku podniebiennym oraz tylnej ścianie gardła z nalotem. Obrażenia schodziły aż poza chrząstki nalewkowe. Zapomocą ezofagoskopji stwierdzono tuż poniżej pierwszej cieśni dużą kość, ustawioną poprzecznie przy tylnej ścianie, silnie wklinowaną. Powyżej miejsca wklinowania kości błona śluzowa przełyku bardzo silnie obrzękła, pokryta ziarniną i ropą. Po kilku próbach zachwycenia kości zapomocą tępych szczypczyków udało się uchwycić jej wolny brzeg górny, zasłonięty przez obrzękłą śluzówkę i wydobyć za rurą na zewnątrz. Kość była czworokątna 26 mm. szeroka, o dwu kątach ostrych, odległych od siebie 35 mm, którymi wbiła się w ścianę przełyku. Po zabiegu chora miała się dość dobrze, ciepłota wynosiła 38.5. Podano 2 cm propidonu oraz tylko zimne płyny do przełykania. Po 2-dniach ciepłota opadła, a przebieg da szy prawidłowy. (Tabl. Nr. 62).

P r z y p a d e k 44. Chora lat 32, w czasie jedzenia mięsa połknęła kostkę, którą poczuła w gardle, lecz nie mogła jej wykszusić. Odczuwała następnie ból kłójący przy łykaniu, który promieniował do ucha po stronie lewej. Ponieważ w ciągu dwóch dni ból przy łykaniu nie ustępował i wystąpiły dreszcze oraz podniesienie ciepłoty do 38.5, zwróciła się do Kliniki. Ciepłota ciała wynosiła 38.5, bolesność na szyi oraz w dołku jarzmowym na ucisk dała się stwierdzić. Wobec tych objawów oraz utrzymującego się bólu w przełykaniu wykonano ezofagoskopję, która stwierdziła na wysokości drugiej cieśni przełyku ciało obce, odpowiadające wyglądem blaszce kostnej, tkwiącej oboma końcami w bocznej lewej i tylnej ścianie przełyku wśród silnie obrzękłej śluzówki oraz przykrytej przez śluzowo-ropną wydzielinę. Po oczyszczeniu pola widzenia i po pędzlowaniu roztworem kokainy z adrenaliną, zachwycono ciało obce szczypczykami

tępemi i wydobyto. Po usunięciu ciała obcego w miejscu jego wbicia się w ścianie bocznej wydobywała się obfita ropa, którą zapomocą pompki usunięto. Po dwóch dniach ciepłota opadła do normy i dalszy przebieg był prawidłowy. (Tabl. Nr. 54).

Jak widzimy z przytoczonych przypadków kawałki kostne, połknięte, zatrzymują się łatwo w przełyku i o ile mają ostre brzegi lub ostre końce wbijają się w ścianę przełyku. Skutkiem wbicia się powodują szybko stan zapalny ropny w ścianie przełyku i nieraz prowadzą do wytworzenia się ropnia w tkance okołoprzełykowej. Oprócz objawów, które dają inne ciała obce, można stwierdzić w przypadkach połknięcia kostki nieraz wybroczynki krwawe lub zdarcia śluzówki w jamie gardłowej, które są wywołane przez przechodzącą kostkę. O ile kość wbije się u wejścia do przełyku na wysokości chrząstki pierścieniowej, może wywołać obrzęk w krtani lub też spowodować przez obrażenie nieruchomość struny głosowej. Już następnego dnia po połknięciu kości może wystąpić podwyższenie ciepłoty, które może dochodzić nawet do 39 C. Ciepłota ma charakter taki, jak przy ropnych stanach zapalnych. Czasem mogą wystąpić krwawe wymioty, o ile kość zalega dłuższy czas i wytworzy się ziarnina łatwo krwawiąca przy ruchach wymiotowych. Czas pozostawania kości w przełyku może być różny. Najdłużej pozostawała w naszym przypadku kość w ciągu trzech tygodni, powodując wytworzenie się ziarniny i silniejsze wklinowanie ciała obcego. Najczęściej połykają kość dorośli, w naszych przypadkach mieliśmy tylko jeden przypadek kostki w przełyku u dziecka. Wydobycie kości z przełyku napotyka nieraz na duże trudności, z powodu silnego wklinowania oraz z powodu szybko powstającego ropnego stanu zapalnego w ścianie przełyku. Bardzo znaczny bowiem obrzęk śluzówki przykrywa ciało obce tak, że przy wprowadzeniu rury zupełnie go nie widzimy i przechodzimy obok niego. Dopiero przy cofaniu się ukazuje się nam w polu widzenia cienka blaszka kostna. Stąd też wynika, że musimy starannie miejsce podejrzane przeszukać przez lekkie odciąganie ściany przełyku, by nie przeoczyć ukrytego w fałdzie obrzękłej śluzówki ciała obcego. Czasem się zdarza, że, po wprowadzeniu rury przez rozszerzenie światła przełyku, tkwiąca kość uwalnia się i szybko znika, schodząc do żołądka. W tych przypadkach powinniśmy przeszukać ezofagoskopem przełyk aż do wpustu, gdyż może się ciało obce zatrzymać poniżej miejsca pierwotnego zatrzymania. Kości należą naogół do ciał niebezpiecznych, bo szybko występują objawy ropnego stanu zapalnego. O ile cienka blaszka

kostna wbita jest obydwoma końcami w ścianę przełyku, to powinniśmy się starać uwolnić jej jeden koniec przez odsuwanie zapomocą rury ezofagoskopu ściany przełyku ponad jednym końcem tkwiącym, gdyż, uwolniwszy go, łatwiej możemy uchwycić i wydobyć kość. O ile po wydobyciu kości z przełyku utrzymują się jeszcze objawy ropnego stanu zapalnego, to nieraz zastrzyki omnadyny lub propidonu oddają nam dobre usługi.

Rzadziej niż odłamki kostne zatrzymują się kawałki chrząstki lub mięsa, które tylko jako duże kęsy skutkiem skurczu ściany przełyku nie mogą zejść do żołądka. Wówczas w czasie ezofagoskopji zwyczajnie samo wprowadzenie rury powoduje zniknięcie kęsa. Najczęściej kęsy zatrzymują się w zwężeniach patologicznych i wówczas zaczopowują całkowicie światło przełyku tak, że chorzy nawet płynów nie mogą przełykać. Ezofagoskopja w tych przypadkach pozwala na wydobycie kęsa i rozszerzenie zapomocą zgłębnika zwężonego światła w przełyku.

Protezy zębowe w przełyku.

Do rzadszych niż kości, lecz cięższych do wydobycia ciał obcych w przełyku należą protezy zębowe, zwłaszcza, o ile są zaopatrzone w haczyki. Połknięcie protez ma miejsce najczęściej we śnie, o ile chorzy ich nie zdejmują, lub w czasie jedzenia lub szybkiego mówienia, o ile przymocowanie ich, skutkiem uprzedniego odłamania się płytki, nie jest dostateczne. Objawy, które protezy zębowe, tkwiące w przełyku dają, pokrywają się naogół z objawami innych ciał obcych. Protezy zębowe mogą pozostawać w przełyku nawet dłuższy okres czasu. Wśród naszych przypadków ciał obcych w przełyku mamy 8 protez zębowych.

Przypadek 45. Chora lat 30 połknęła w śnie dnia poprzedniego protezę zębową. Prześwietlenie rentgenologiczne wykazało cień ciała obcego na wysokości pierwszej cieśni. Zapomocą ezofagoskopji stwierdzono obecność ciała obcego, tkwiącego poprzecznie. Uchwycono je zapomocą ostrych szczypczyków i wydobyto na zewnątrz. Przebieg prawidłowy (Tabl. Nr. 69).

Przypadek 46. Chora lat 26 połknęła przed 6-dniami przy jedzeniu protezę zębową z jednym zębem, którą czuje na wysokości krtani, odczuwa ból w przełykaniu, przyczem przechodzą tylko płynne i półpłynne pokarmy. Prześwietlenie rentgenologiczne wykazało cień w przełyku na wysokości VII kręgu szyjnego, odpowiadający protezie zębowej. W znieczuleniu miejscowem wykonano ezofagoskopję i na-

trafiono poniżej pierwszej cieśni na protezę, tkwiącą w świetle przełyku ukośnie. Zapomocą haczyków wbiła się w ścianę, z tego powodu wydobycie natrafiło na duże trudności. W końcu udało się, po obluźnieniu jednego haczyka, uchwycić ją i wydobyć. (Tabl. Nr. 68). Zabieg trwał około godziny. Chora wieczorem miała ciepłotę 38.6 C. i skarżyła się na ból szczególnie przy kaszlu. Przy osłuchiwaniu stwierdzono tarcie opłucnowe w dolnej okolicy prawego płuca. Po kilku dniach pod wpływem leczenia stan się poprawił, ciepłota opadła, tarcie znacznie słabsze. Chora przełyka dobrze, opuściła Klinikę na własne żądanie.

Przypadek 47. Chora lat 32 połknęła przed dwoma dniami sztuczną szczękę wśród jedzenia i od tego czasu nie może przełykać pokarmów stałych, tylko płynne i to z silnym bólem. Prześwietlenie rentgenologiczne wykazuje cień nieregularny, nieco poniżej dołka jarzmowego z metalowym haczykiem zwróconym ku dołowi. Wykonano ezofagoskopję i natrafiono na tkwiącą poprzecznie protezę szczękową, którą uchwycono szczypczykami ostrymi i wydobyto na zewnątrz. Ciepłota przed zabiegiem wynosiła 37.5 C. po zabiegu 37.7. Ból w przełykaniu utrzymywał się jeszcze w ciągu dwóch dni, poczem ustąpił. Po trzech dniach chora opuściła Klinikę. (Tabl. Nr. 71).

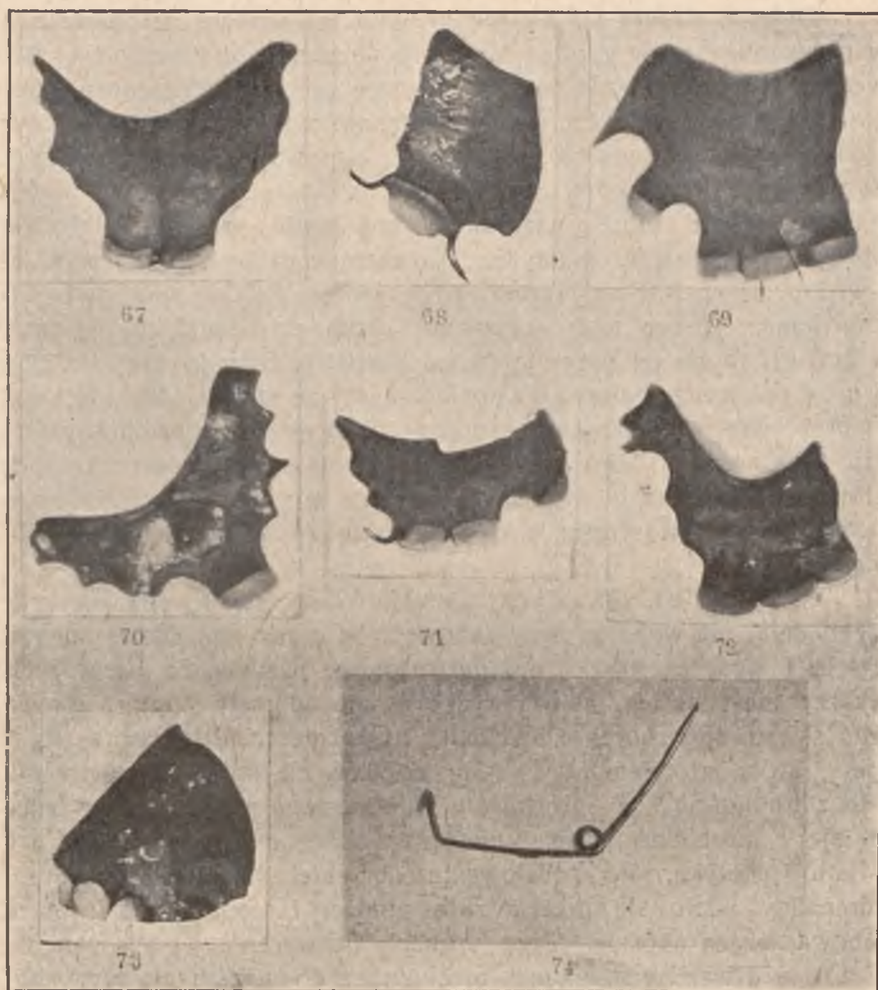
Przypadek 48. Chora lat 56 połknęła w czasie jedzenia przed 4-ma miesiącami protezę zębową z górnej szczęki, złożoną z dwóch zębów i płytki z krótkiemi haczykami. Uczuła silny ból w dolnej części gardła, poczem więcej nie mogła połykać. Zgłosiła się zaraz do miejscowego lekarza, który przeprowadziwszy sondę żołądkową przez przełyk, oświadczył chorej, że połknięta szczęka już jest w żołądku. Chora jednakże nadal odczuwała ból przy połykaniu; łykać mogła tylko płyny i tem się przez cały czas odżywiała. W tydzień po połknięciu protezy wystąpiło podwyższenie ciepłoty i kaszel z odpluwaniem obfitej plwociny. Po 2-miesiącach wystąpiły krwawe wymioty. Z polecenia lekarzy zgłosiła się na Klinikę, zaczęła odczuwać chrypkę, która się utrzymuje dotychczas. W czasie leczenia wystąpiło zapalenie płuc i wybitne osłabienie czynności serca. Prześwietlenie promieniami Rentgena wykazało obecność ciała obcego na wysokości dołka jarzmowego, odpowiadającego pod względem kształtu protezie zębowej. Chorą, po wzmocnieniu czynności serca, przeniesiono na Klinikę otolaryngologiczną w celu wydobycia ciała obcego z przełyku.

Ciepłota w chwili przyjęcia była prawidłową, na szyi bolesności, ani obrzęku nie stwierdza się. Badanie laryngologiczne stwierdziło całkowitą nieruchomość lewej struny głosowej. Pozatem krtań jest

niezmieniona. Wykonano zdjęcie rentgenologiczne. Na kliszy, na wysokości dołka jarzmowego widać ustawioną poprzecznie i nieco skośnie protezę szczękową, o dość dużych rozmiarach z dwoma zębami. Haczyków nie widać, jednakże chora podaje, że przy protezie były również krótkie obłamane haczyki.

W znieczuleniu miejscowem wykonano ezofagoskopję i stwierdzono na wykazanej wysokości protezę, przykrytą na obwodzie przez ziarninę i przylegającą górnym swym brzegiem ściśle do tylnej ściany przełyku, tak, że ku górze zwrócona była jej wypukłość, której nie można było uchwycić. Udało się wprawdzie podsunąć otwarte szczypczyki pod wolny brzeg przy tylnej ścianie, jednakże po zachwyceniu wydobyć mimo pociągania nie udało się z powodu silnego wklinowania protezy. Z powodu wyczerpania chorej zabieg przerwano. Następnego dnia wykonano ponownie ezofagoskopję po poprzedniem zastrzyknięciu chorej 4 cm. kamfory i 1 cm. 1% morfiny z atropiną. W czasie ezofagoskopji kilkakrotnie chwycona proteza zapomocą tępych szczypczyków wysuwała się przy próbie wyciągania. Tak samo po zachwyceniu zapomocą ostrych szczypczyków Brüningsa. Wówczas usiłowano protezę przepalić galwano-kauterem, jednakże dym, powstający przytem, utrudniał bardzo ten zabieg, jakoteż nie udawało się trafić na rozpoczęte poprzednio miejsca przepalania. Wówczas zachwycono protezę ostrymi silnymi szczypczykami Chevalier—Jacksona obrócono ją do położenia poprzecznego i przy próbach pociągania ostrożnie wykonywanych udało się wyciągnąć na zewnątrz. (Tabl. Nr. 67). Należy zaznaczyć, że wklinowanie początkowe było tak silne, iż przy pociąganiu widoczne było pociąganie całego przełyku, ku górze. Wydobyta proteza posiadała szeroką i twardą płytkę kauczukową, rozmiarów około 3 cm. szer. i 2 zęby pod kątem prostym do niej ustawione. Brzegi płytki były nierówne, lecz bez haczyków. Wieczorem ciepłota wynosiła 38.2, chora odczuwa ból w przełykaniu, lecz połyka lepiej niż poprzednio. Następnego dnia ciepłota 38.1, podano domięśniowo 2 cm.^{3} omnadyny. Wieczorem ciepłota opadła do 36.9 C. Chora ma się zupełnie dobrze, połyka płyny bez bólu. Po kilku dniach chora wstaje i czuje się zupełnie dobrze, nie odczuwa żadnego bólu przy połykaniu.

Po 6 dniach wykonano ezofagoskopję kontrolną i stwierdzono błonę śluzową przełyku nieznacznie jeszcze obrzękłą w miejscu, gdzie znajdowało się ciało obce. Badanie krtani wykazuje porażenie lewej struny głosowej, utrzymujące się nadal, jak przed wydobyciem ciała



Ze zbiorów Kliniki otolaryngologicznej U. J. K. we Lwowie.
Protezy zębowe i agrafka, wydobyte z przełyku.

obcego. Chorą preniesiono z powrotem do Kliniki chorób wewnętrznych w celu dalszego leczenia dolegliwości żołądkowych.

Przypadek 49. Chora zauważyła przed 6-miesiącami brak protezy zębowej. Sądziła, że proteza gdzieś się zagubiła, gdyż nie pamiętała, czy ją przed spaniem wyjęła. Od tego czasu odczuwała dolegliwości w przełykaniu, miała też czasem wymioty. Z trudnością mogła połykać pokarmy papkowate. Zgłaszała się do różnych lekarzy, którzy ją leczyli na dolegliwości żołądkowe, lecz bezskutecznie.

Obecnie zgłasza się do Kliniki, gdyż ma uczucie, że przeszkoda w połykaniu tkwi w gardle. Ma też podejrzenie, że przed 6-ciu miesiącami mogła we śnie połknąć protezę zębową. Zapomocą prześwietlenia rentgenologicznego stwierdzono nieregularny cień na wysokości dołka jarzmowego, który może odpowiadać protezie zębowej. Zapomocą ezofagoskopji stwierdzono na podanej wysokości obfitą ziarninę, wśród której widoczny brzeg płytki protezy całkowicie obrośniętej w ścianie przełyku. Kilkakrotne próby zachwycenia jej i wydobycia spełzły na niczem, gdyż proteza bardzo silnie była zaklinowana. Wobec tego skierowano chorą do Kliniki chirurgicznej celem wydobycia jej przez cięcie od zewnątrz. Było to w czasie, gdy Klinika otolaryngologiczna nie posiadała jeszcze stałych łóżek, lecz tylko przychodnię. Wykonana oesophagotomia externa pozwoliła stwierdzić obecność protezy zębowej nieco poniżej dołka jarzmowego, która tak silnie tkwiła w ścianie przełyku, że przy obluźnieniu przełamała się na dwie części, z których jedną wydobyto, a druga zeszła do żołądka.

Przypadek 50. Chory lat 38, kładąc się do snu poprzedniego dnia, nie wyjął protezy zębowej. W czasie snu dostał napadu kaszlu i podczas kaszlu połknął protezę. Usiłowanie wezwanych lekarzy miejscowych, aby ją wydobyć, nie odniosły skutku. Wobec tego skierowano chorego do Kliniki. Obecnie czuje ból poza mostkiem, który promieniuje do tyłu; połykać nie może prócz płynów i to z trudnością. W znieczuleniu miejscowem wykonano ezofagoskopję i natrafiono poniżej pierwszej cieśni na obrzęk zwężający światło przełyku. Po pędzlowaniu obrzękłej śluzówki roztworem adrenaliny udało się przejść rurą poniżej i trafiono na protezę zebową, leżącą ukośnie. Przy próbach uchwycenia jej obsunęła się w dół, a dalsze przeszukanie przełyku aż do wpustu nie pozwoliło jej znaleść; wobec tego jasnem było, że zeszła do żołądka. Następnego dnia po zabiegu stan dobry, ciepłota ciała dochodziła do 38 C. Ciepłota po 4-ch dniach opadła do normy, a piątego dnia chory znalazł protezę w kale.

Z ośmiu przypadków protez zębowych zatrzymanych w przełyku, w sześciu udało się wydobyć zapomocą ezofagoskopji, w jednym zaś zapomocą otwarcia przełyku od zewnątrz, a wreszcie w jednym proteza zębowa zeszła do żołądka i na drodze naturalnej przez przewód pokarmowy wyszła. Protezy zębowe należą naogół do ciał obcych przełyku trudnych do wydobycia, gdyż ich duża objętość, nieregularne brzegi, zęby ustawione pod kątem do płytki oraz niekiedy

obecność haczyków powoduje silne wklinowanie w ścianie przełyku, które pociąga za sobą trudności w wydobyciu. Protezy zębowe dają zwykle duże utrudnienie w połykaniu pokarmów i ból samoistny promieniujący do kręgosłupa lub ku górze. Powodują one zwyczajnie w pierwszych dniach podwyższenie ciepłoty, które po wydobyciu wzmaga się, by po kilku dniach stopniowo opaść do normy. Najczęściej połykają je chorzy w czasie jedzenia lub we śnie. W dwóch przypadkach powyżej opisanych (przyp. 48 i 49) protezy zębowe pozostawały w przełyku w ciągu kilku miesięcy, dając dolegliwości, które odnoszono do cierpień żołądkowych, a tylko przypadek zrządził, że zdołano je przy pomocy promieni Rentgena wykryć. Pozostawanie protezy zębowej w ciągu tak długiego czasu spowodowało jej obrośnięcie przez tkankę ziarninową i tem samem silniejsze wklinowanie. O ile protezy zębowej nie możemy wydobyć z powodu silnego wklinowania w całości, możemy ją wydobyć częściami po rozcięciu, posługując się do tego celu szczypcami w kształcie sztancy lub nożyczek. Próbowaliśmy też w jednym z naszych przypadków przepalenia zapomocą galwano-kauteru, doszliśmy jednak do przekonania, że sposób ten nie prowadzi do celu. Przepalanie bowiem postępuje bardzo zwolna, daje dużo dymu, który zasłania pole widzenia i zmusza nas do częstego przerywania zabiegu. Proteza w czasie przepalania, jak to zdołaliśmy stwierdzić, poza ezofagoskopją bardzo szybko się rozgrzewa w czasie przepalania, co wymaga częstego przerywania zabiegu. Ponowne trafienie tego samego miejsca jest bardzo trudne z powodu poruszania się przełyku w czasie ruchów oddechowych. Wymienione więc trudności zmusiły nas do zaniechania tego zabiegu. W czasie obluźnienia tkwiącej w przełyku protezy musimy pamiętać w pierwszym rzędzie o uwolnieniu haczyków, o ile one są obecne. Dlatego też możemy poprzednio przy prześwietlaniu zapomocą promieni Rentgena zorjentować się, jak one są ustawione i odpowiednio do tego w czasie ezofagoskopji starać się przesunąć brzeg protezy, by przynajmniej jeden haczyk uwolnić. Następnie przez pociąganie lub cofanie lekkim ruchem obrotowym udaje się nam uwolnić drugi haczyk i w ten sposób ustawić protezę, by jeden haczyk był w górze, a drugi w dole. W ten sposób zapobiegamy zranieniu ściany przełyku.

Z innych ciał obcych, które znacznie rzadziej się zdarzają w przełyku, są przedmioty metalowe, cienkie z ostrym końcem, jak igły, szpilki, gwoździe i t. p. Ze względu na swój ostry koniec mogą się łatwo wbić w ścianę przełyku, a nawet przebić ją. Zdjęcie

roentgenowskie umożliwia stwierdzenie ich, a ezofagoskopja pozwala jej wydobyć, o ile nie wyjdą poza obręb ściany przełyku. Mogą one dawać różne niespodzianki, na dowód czego niech posłuży przypadek poniżej przytoczony.

Przypadek 51. 12-tetni chłopak połknął w czasie jedzenia bułki szpilkę. Prześwietlenie roentgenologiczne wykazało ją na wysokości VII kręgu szyjnego, a więc tuż u wejścia do przełyku. Ezofagoskopja wykonana poza Kliniką w uśpieniu ogólnem nie pozwoliła jej znaleść, natomiast po wprowadzeniu palca udało się operatorowi ją wyczuć w dolnej części gardła, zachwycić paznokciem i wyciągnąć ku górze. Jednak na zewnątrz jej nie wydobyto. Ponowne zdjęcie roentgenologiczne stwierdziło obecność jej w górnym przewodzie nosowym. Wpadła ona do jamy nosowej prawdopodobnie skutkiem tego, że jak podawał operator głowa w czasie ezofagoskopji była zwieszoną ku tyłowi i w ten sposób przy wydobywaniu zapomocą palca wpadła przez nozdrza do jamy nosowej. Wydobyto ją następnie po wycięciu przedniego końca środkowej muszli nosowej, wykonując zabieg wśródnosowy.

Jak z dzisiejszych zestawień statystycznych różnych autorów wynika, prawie we wszystkich przypadkach ciał obcych możemy, posługując się ezofagoskopją jako metodą rozpoznawczą i operacyjną doprowadzić do wydobycia ciała obcego z przełyku, względnie obluźnienia i zejścia do żołądka. Zestawienia statystyczne, na ogół przytaczane, dają jednak kilka procent śmiertelności, którą sprowadzają powikłania, wywołane przez przebicie ściany przełyku lub wywołanie zakażenia, krwotoku tętnicy głównej lub uszkodzenie narządów sąsiadujących z przełykiem.

Zestawienie przypadków ciał obcych w przełyku, leczonych w Klinice otolaryngologicznej lwowskiej przedstawia się następująco: na 111 przypadków ciał obcych w przełyku przypada:

1) 45 odłamków kości z których 38 wydobyto przez ezofagoskopję, a 7 zeszło do żołądka. W dwóch przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne, co stanowi $4^1/_2$% śmiertelności.

2) Z 8 przypadków protez zębowych, z których 6 wydobyto zapomocą ezofagoskopji, 1 przez nacięcie przełyku od zewnątrz, a 1 zeszła do żołądka.

3) 27 przypadków monet różnej wielkości, z których 26 wydobyto zapomocą ezofagoskopji, w 2 zaś nastąpiło zejście śmiertelne skutkiem przebicia ściany przełyku, co stanowi 7% śmiertelności.

4) 5 guzików różnej wielkości i 6 świstawek, wszystkie wydobyte zapomocą ezofagoskopji z dobrym wynikiem.

5) 2 spinki od kołnierzyka, oraz 2 pluskiewki wydobyte zapomocą ezofagoskopji.

6) 1 szpilka i 1 agrafka.

7) 14 kawałków mięsa, w niektórych przypadkach z chrząstką, z których 6 wydobyto częściami lub w całości, a 8 zeszło do żołądka.

Na 111 przypadków ciał obcych w przełyku przypada 5 z zejściem śmiertelnem, co stanowi $4^1/_2$% śmiertelności.

Wiek chorych ezofagoskopowych sięgał od 2-ch tygodni do 82 lat. W przypadkach więc ciał obcych w przełyku wiek nie stanowi żadnego przeciwskazania do ezofagoskopji.

Pozostawałaby wreszcie do omówienia grupa przypadków ze zwężeniem przełyku, powstałem skutkiem ucisku na ścianę przełyku ze strony narządów, w jego sąsiedztwie się znajdujących. Zwężenia te należą do rzadko występujących. Według statystyki Guizez'a stanowią one 2% wszystkich zwężeń przełyku. Mogą one być wywołane skutkiem zmian chorobowych w narządach z przełykiem sąsiadujących. W części szyjnej przełyku mogą skrzywienia kręgosłupa, nadmiernie powiększona tarczyca, skostniała chrząstka tarczykowa, guzy wychodzące z narządów na szyi się znajdujących wywołać zwężenie przełyku. W części piersiowej przyczyną zwężenia przełyku mogą być: tętniak tętnicy głównej, guzy śródpiersia, skrzywienia i guzy kręgosłupa, zimne ropnie z kręgów wychodzące i wreszcie wszystkie zmiany chorobowe narządów klatki piersiowej, które powodują nadmierny ich przerost w kierunku przełyku. Przełyk może skutkiem ucisku ulegać przesunięciu, albo też ściana jego ulega wypukleniu. W obrazie ezofagoskopowym możemy mieć wątpliwości, czy nie zachodzi obecność guza samego przełyku. W większości jednak przypadków wpuklenie ściany przełyku daje się odsunąć zapomocą rury ezofagoskopu. W wątpliwych wypadkach musimy uwzględnić badanie wypukiem i wysłuchem klatki piersiowej, badanie roentgenologiczne i inne badania dodatkowe, któreby nas mogły utwierdzić we właściwem rozpoznaniu. Zapomocą ezofagoskopji stwierdzamy w przypadkach zwężenia uciskowego wpuklania się jednej ściany do światła przełyku. Guz, wpuklający się, jest pokryty gładką niekiedy przekrwioną śluzówką. Światło przełyku przedstawia się w formie szczeliny z boku umieszczonej. Naturalnie, że obraz ezofagoskopowy może ulec zmianie, gdy przyjdzie do przebicia ściany przełyku skutkiem

wrastającego guza lub procesu chorobowego zewnątrz przełyku się toczącego.

Znaczenia ezofagoskopji jako metody rozpoznawczej i leczniczej nie potrzebuję chyba dostatecznie podkreślać, gdyż wynika ona z przytoczonych powyżej schorzeń przełyku, w których zapomocą ezofagoskopji jesteśmy w stanie postawić właściwe rozpoznanie oraz przeprowadzić odpowiednie leczenie. Wynika więc z tego wniosek, że w żadnym przypadku schorzenia przełyku nie powinniśmy zaniedbać ezofagoskopji. Stosować zgłębnikowanie na ślepo, możemy tylko wówczas, gdy przedtem wykonana ezofagoskopja nie ustaliła rozpoznania. Przedewszystkiem w przypadkach ciał obcych w przełyku wszelkie przepychania na ślepo ciała obcego, tkwiącego w przełyku, może więcej szkody przynieść choremu, aniżeli korzyści udzielenia t. zw. pierwszej pomocy w formie przepychania lub wydobywania na ślepo. Zabiegi te bowiem bardzo często do celu nie prowadzą, a stwarzają gorsze warunki do wykonania ezofagoskopji i w wielu przypadkach mogą być przyczyną bardzo groźnych powikłań.

Oceny.

A. Bonain. L'Oreille et ses maladies. L'Audition et ses troubles. Les Organes de l'équilibre. G. Doin et C-ie, Editeurs.

Dzieło to, jak autor zaznacza w przedmowie, jest przeznaczone dla tych, co interesują się zagadnieniami słuchu i równowagi, a których odstręczają od czytania zbyt wielkie podręczniki otologji. Autor nie ma zamiaru opisywać szczegółowo różnych metod leczenia i operacyj nieraz bardzo skomplikowanych, ale chodzi mu o uświadomienie tych, co się uchem interesują, o tem, co stanowi istotę słuchu i równowagi, złączonych w jednym wspólnym narządzie.

Wychodząc z tego założenia, autor dwie trzecie części dzieła poświęca budowie i czynnościom narządu słuchowego i zaledwie trzecią część patologji i terapji szczegółowej chorób ucha; wreszcie w końcu zajmuje się słuchem z punktu widzenia społecznego. W pierwszym rozdziale znajdujemy ogólne dane dotyczące akustyki, a więc o energji kinetycznej, o drganiach ciał ważkich, o falach słuchowych, czyli falach drgających postępowych i ich szerzeniu się, o odgłosie, o falach stojących, o drganiach błonek. Rozdział ten stanowi nowość, zwykle

pomijaną w podręcznikach otiatrji Potem idzie obszerny rozdział, obejmujący anatomję opisową ucha, bogato ilustrowany licznemi, w znacznej liczbie barwnemi rysunkami i tablicami; anatomję opisową uzupełniają dane z embrjologji ucha oraz anatomji porównawczej. Rozdział o fizjologji autor poprzedza danemi z dziedziny rozwoju nauki o uchu, poczynając od Vesaljusa—przyczem zatrzymuje się na pracach Fabrycjusza del'Aquapendente, Kirchera, Mersenne'a, Willisa, Cotugna, Scarpy, omawia prace fizyczne, dotyczące akustyki, Fouriera, Ohma, których obliczenia matematyczne posłużyły następnie do epokowych odkryć Helmholtza i do powstania jego teorji wrażeń dźwiękowych. Wreszcie omawia w krótkich słowach prace z ostatnich lat pięćdziesięciu, zatrzymując się na wynikach poszukiwań Blacka, Marage'a, Gellé — w końcu przechodzi do prac Ewalda, Maksa Meyera, Zimmermanna, Guillemina, Coyne'a i Cannieu, Kischiego, Shambaugh'a, Vasticara i innych, które, odkrywając nowe fakty poderwały znacznie teorję Helmholtza. W rozdziale o fizjologji ucha autor szczegółowo omawia rolę poszczególnych jego części, poczynając od małżowiny usznej i kończąc na błędniku. Omawiając rolę małżowiny, analizuje szczegółowo orjentację wrażeń słuchowych, w ustępie o uchu środkowem stara się wysunąć na pierwszy plan rolę błony wtórnej okienka okrągłego w przenoszeniu dźwięków do aparatu końcowego, kosteczkom zaś słuchowym przypisuje tylko rolę organu akomodacyjnego. Mówiąc o czynności ucha wewnętrznego, stara się wysunąć na plan pierwszy rolę błony pokrywkowej Cortiego i tunelu, któremu przypisuje ważną rolę rozdziału dźwięków złożonych na proste, analogicznie do zjawisk dyfrakcji w falach świetlnych. Fizjologja organu statycznego jest omówiona znacznie pobieżniej i opiera się na pracach Flóurensa, Ewalda, Baranyego, Kobraka, a w analizie czynności przedsionka — na pracach Quixa.

W części szczegółowej autor omawia kolejno cierpienia ucha zewnętrznego, środkowego i wewnętrznego, poświęcając stosunkowo najwięcej uwagi tym ostatnim, przyczem mniej uwzględnia ogólnie przyjętą klasyfikację cierpień błędnika, ale rozpatruje naprzód objawy ogólne zarówno objektywne jak i subjektywne i ich leczenie, potem przechodzi do diagnostyki ogólnej, a wrzeszcie zatrzymuje się nad poszczególnemi postaciami chorobowemi, uwzględniając urazy, sprawy ogólne zakaźne, sprawy kiłowe, nowotworowe, otosklerozę (zwaną przez niego kapsisklerozą), wreszcie zaburzenia czynnościowe i nerwowe. W rozdziale o słuchu z punktu widzenia społecznego omawia znaczenie słuchu w życiu jednostki, w szkole, rozpatruje sprawę symulacji, ekspertyzę

sądowo-lekarską w przypadkach uszkodzeń słuchu podczas pracy w fabrykach i biurach, wreszcie omawia sprawę głuchoniemoty i przyrządów, poprawiających słuch.

Dzieło czyta się z wielkiem zainteresowaniem, wnosi ono bowiem, zwłaszcza w dziedzinie zagadnień, dotyczących słuchu, dużo nowych myśli i poglądów, opartych na licznych dowodach z dziedziny fizyki i anatomji makro i mikroskopowej. Ilustrują je doskonałe rysunki zwykłe i barwne, które ułatwiają zrozumienie wielu trudnych zagadnień zwłaszcza z dziedziny błędnika i przebiegu w mózgu nerwów ślimakowego i przedsionkowego.

J. Szmurło.

Wiadomości bieżące.

1. Od przewodniczącego sekcji Oto-laryngologicznej XIV Zjazdu Polskich Przyrodników i Lekarzy i III zjazdu Lekarzy Słowiańskich w Poznaniu, Prof. A. Laskiewicza otrzymujemy następujący komunikat:

Polskie Tow. Oto-laryngologiczne uchwaliło na ostatniem Walnem Zgromadzeniu w Warszawie dn. 26. VI b. r. oraz delegatów zjazdów Stow. z dn. 7.I 1933 r. podać następujące tematy główne i luźne na zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu.

I. Ostre zapalenie ucha środkowego.

Referenci: 1. Pr. Szmurło (Wilno): Ostre ropne zapalenie ucha środkowego u dorosłych.

2. Dr. J. Pieniążek (Warszawa): Ostre ropne zapalenie ucha środkowego u dzieci.

3. Prof. Dr. A. Laskiewicz (Poznań): Czynnik morfologiczny i konstytucjonalny w przebiegu ostrych i przewlekłych spraw zapalnych ucha środkowego u dzieci.

4. Dr. Kozaryn (Poznań): Ostre zapalenie ucha środkowego u dzieci pod względem bakterjologicznym.

5. Dr. Lubliner (Warszawa): O leczeniu ostrych zapaleń ucha środkowego z uwzględnieniem przypadków ostatniej epidemji grypy.

6. Dr. Srebrny (Warszawa): Uwagi w sprawie zapalenia ucha środkowego we wczesnem dzieciństwie.

7. Dr. J. Czarnecki (Warszawa): Leczenie ostrego zapalenia ucha środkowego w przebiegu grypy.

8. Dr. M. Koenigstein (Warszawa): O zapaleniu utajonem ucha środkowego.

9. Prof. Dr. A. Laskiewicz (Poznań): Rzadsze postaci powikłań wewnątrzczaszkowych w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego.

Pozatem zgłoszono następujące tematy:

A. (Z krajów słowiańskich).

1. *Czechosłowacja:* Schorzenia allergiczne w oto-rino-laryngologji (Ninger Hlavaček).

2. *Jugosławja*: Znaczenie badania aktu oddychania dla kliniki (Szercer).

3. *Bułgarja:* Histopatologja oesophagitis corrosiva acuta (Belinoff).

B. (Z Polski).

1. Dr. Łączkowska (Poznań): Wpływ chorób usznych na powstawanie zaburzeń mowy u dzieci w wieku szkolnym.

2. Dr. Schwarzbart (Kraków): O endokrynologji w Otorhinolaryngologji (korref. ad A). 1.).

3 Dr. Iwaszkiewicz (Poznań): O zachowaniu się prób błędnikowych w schorzeniach organicznych i funkcjonalnych systemu nerwowego ośrodkowego.

4. Dr. Glabisz (Poznań): Obraz hematologiczny krwi w otorhinolaryngologji.

5. Dr. Lubliner (Warszawa): O leczeniu przewlekłych schorzeń migdałków podniebiennych prom. Roentgena.

6. Dr. Srebrny (Warszawa): Roentgenoterapja przewlekłych schorzeń migdałków podniebiennych u dzieci.

7- Dr. Zakrzewski (Poznań): Wyniki leczenia nieżytu zanikowego nosa z cuchnieniem (ozaena genuina) na podstawie przypadków leczonych w Klinice Oto-laryngologicznej U. P. w ciągu trzech ostatnich lat.

8. Dr. Banasiuk (Poznań): Uwagi w sprawie niedosłuchu i szmerów usznych leczonych przyrządem „U-Strahlera".

Serja II, dalsze tematy zgłoszone w terminie od 15/I do 1/III 33.

B) liczba porządkowa zgłoszeń.

9. Doc. Dr. T. Wąsowski (Wilno): Wewnątrzczaszkowe powikłania w przebiegu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego, na podstawie spostrzeżeń Kliniki Wileńskiej.

10. Doc. Dr. B. Dylewski (Wilno): Czynnościowe przytępienie słuchu w przebiegu ostrych i przewlekłych schorzeń ucha.

11. Tenże: Choroby mowy i głosu wśród dzieci w wieku szkolnym m. Wilna i organizacja walki z temi cierpieniami na terenie szkoły, na podstawie 3-letniego doświadczenia Wileńskiej Kliniki Oto-laryngologicznej.

12. Prof. Dr. A. Laskiewicz (Poznań): Nowy typ laryngostroboskopu Loebella i jego zastosowanie do badań klinicznych.

13. Ppłk. Dr. Brzosko (Warszawa): Próby leczenia ozeny szczepionkami.

14. Mjr. Dr. Ankudowicz (Warszawa): Powikłania zatokowe w przebiegu zapalenia wyrostka sutkowego, na podstawie materjału Oddz. Usznego Szpitala Szkolnego C. W. San.

15. Dr. St. Karwowski (Poznań): Otoaudion Typ E. 5 (Audion Krafil. St. Blasien) i jego zastosowanie przy sporządzaniu wykresów ostrości słuchu.

16. Dr. H. Kaczyński (Lublin): Nowy typ adenotomu — pokaz przyrządu własnego pomysłu.

Serja III referatów zgłoszonych od 1 do 22-go marca.

C) liczba porządkowa zgłoszeń.

17. Doc. Dr. Wąsowski (Wilno): O znakowaniu zmian chorobowych w gruźlicy krtani.

18. Dr. Małecki (Poznań): Alkaloza ustroju i jej znaczenie lecznicze w przewlekłym ropotoku usznym.

19. Dr. Banasiuk (Poznań): Stosowanie elektrokoagulacji (Micro-Victor-Unit) w różnych postaciach schorzeń nosa, gardła i krtani na materjale Kliniki Oto-laryngologicznej U. P. w ciągu 3-ech ostatnich lat.

20. Prof. Dr. Erbrich i Dr. H. Lewenfisz (Warszawa): O niektórych zaburzeniach po wyłuszczeniu migdałków podniebiennych na podstawie spostrzeżeń klinicznych i badań doświadczalnych.

21. Dr. J. Szymański (Warszawa): Badanie bakterjologiczne w przewlekłych stanach zapalnych migdałków podniebiennych.

22. Dyr. Dr. Łukaszczyk i Dr. Zuberbier (Warszawa): Technika i metody naświetlania promieniami Rentgena i Curieterapji oraz wyniki leczenia zapomocą tych metod raków gardła, nosa, krtani, przełyku na podstawie materjału Kliniki Laryngologicznej U. W. i Zakładu Radowego im. Curie-Skłodowskiej w Warszawie.

23. Dr. H. Lewenfisz (Warszawa): Spostrzeżenia kliniczne i doświadczenia eksperymentalne nad przebiegiem cierpień, wywołanych przez ciała obce w drogach oddechowych.

24. Dr. Jan Srebrny (Warszawa): Diatermokoaguiacja w Klinice Oto-laryngologicznej Uniwersytetu Warszawskiego.

25. Tenże. Wpływ doświadczalnej acido-alkalozy u chorych z przewlekłemi cierpieniami usznemi.

26. Dr. L. Abramowicz (Warszawa): Leczenie ropowic gardła bakterjofagami.

27. Dr. Z. Dobrowolski (Warszawa): O zachowawczem (konserwatywnem) leczeniu przewlekłego ropienia ucha środkowego.

28. Dr. E. Pragier (Pińsk): Klinika zapaleń wierzchołka kości skalistej.

29. Dr. Weintal (Warszawa): O próbie Mucka w przypadkach kliniki Otolaryngol. U. Warszawskiego.

30. D-rzy Brokman, Bussel, Goldberżanka, Gumiński, Laskowski (Warszawa): Studja nad etjologją, patogenezą i anatomją patologiczną zespołu jelitowo usznego u małych dzieci.

31. Prof J. Szmurło. W sprawie bliższych i dalszych powikłań w następstwie naświetlań radowych i roentgenowskich.

32. Dr. M. Wołkowyski. O krwawieniach podczas i po wyłuszczeniu migdałków podniebiennych i sposobach zapobiegania.

Serja ostatnia tematów zj. od 3—6 kwietnia.

33. Dr. Weintal (Klin. Otolar. U. W.): O próbie Mucka w przypadkach Kliniki Otolaryng. U. W.

34. Dr. B. Karbowski (Warszawa): Studja anatomiczne nad epidemicznie występującem schorzeniem ropnem narządu słuchowego u białych myszy.

35. Tenże: W sprawie ropni przestrzeni podpajęczynówkowej usznego i nosowego pochodzenia.

36. Tenże: Studja histopatologiczne nad schorzeniem narządu słuchowego w zespole toksyczno-infekcyjnym u młodszych dzieci.

37. Dr. Helman (Łódź): O nawrotowem zapaleniu wyrostka sutkowego.

38. Dr. B. Gusić (Zagrzeb): Wpływ położenia geograficznego na rozwój chorób nosa, gardła i uszu w Jugosławji.

Z dniem 10/IV **zostanie ostatecznie zamknięta serja trzecia i ostatnia tematów zjazdowych.** Rękopisy, odbite na maszynie wraz ze streszczeniem francuskiem uprasza się **nadsyłać najpóźniej do 28 maja b. r.** Nadesłane po tym terminie nie będą mogły być umieszczone w numerze zjazdowym P. Przeglądu Oto-laryng. **Rękopisy muszą być bardzo treściwe z pominięciem**

wszelkiej zbytecznej literatury. Długość ich powinna nie przekraczać 4-ch stron druku dla tematów zasadniczych i dwuch stron dla tematów luźnych.

2) W sprawie otwarcia Zjazdu i przyjęć urzędowych otrzymujemy następujące informacje: Zjazd rozpocznie się 10 Września obradami Zjazdu Ogólnosłowiańskiego w auli Uniwersytetu w obecności P. Prezydenta R. P. Wieczorem tegoż dnia odbędzie się wielki bankiet w sali tronowej Zamku, wydany przez miasto. Zjazd Ogólnosłowiański trwać będzie do 12/IX. W dniu tym rozpocznie się XIV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich pod protektoratem P. Prezydenta R. P. Otwarcie odbędzie się również w auli uniwersytetu, poczem rozpoczną się obrady i posiedzenia poszczególnych sekcyj. Posiedzenia Sekcji Otolaryngologicznej będą się odbywały w Sali Wykładowej Zakładu Roentgenologicznego, ul. Fredry 10. Pierwsze 3 posiedzenia będą zarezerwowane dla gości słowiańskich, 2 ostatnie będą wspólne, ostatnie będzie obejmowało tematy luźne, nie związane z programem i odbędzie się w Klinice Otolaryngologicznej. Z przyjęć mamy do zanotowania: 12/IX bankiet w auli Kolumnowej urządzony przez Komitet Zjazdu, 13/IX bankiet Lekarzy Ziem Zachodnich, wreszcie poszczególne sekcje urządzą przyjęcia na własną rękę. Podczas Zjazdu zostanie urządzona wystawa naukowa, na którą zgłoszenia należy kierować do prezydjum Zjazdu.

3) Podczas 2-go Międzynarodowego Kongresu Otolaryngologicznego w Madrycie, Prof. J. Szmurło i Prof. A. Laskiewicz zostali zaszczyceni godnością członków honorowych Madryckiego Towarzystwa Otolaryngologicznego.

Résumé des articles.

Dylewski „Sur L'audi - Mutité".

L'auteur se basant sur 22 cas personnels ainsi que sur les données de la littérature, décrit l'étiologie, la marche, le diagnostic et le traitement de cette maladie de la parole. Selon ses observations, la diminution de l'ouie, même passagère, dans la petite enfance avant le developpement du langage joue un grand rôle dans l'étiologie d'audi-mutité. Dans quelques cas l'auteur a constaté chez des jeunes malades la présence de l'ouie, suffisante pour comprendre la parole, par le symptôme, non décrit encore, qui consiste en ce que l'enfant pendant l'examen de l'ouie par la personne inconnue, au lieu de se tourner vers la source du son interrompt son jeu, devient encore plus craintif et reste immobile et plus muet qu'auparavant. L'auteur relate plusieurs cas personnels d'audi-mutité très rares et interessants. Dans deux cas il s'agissait de l'audi mutité de plusieurs personnes de la même famille.

Łapiński. L'agglutination des bacilles de Frisch sans capsule par le sérum des scléromateux.

Pour obtenir l'agglutination des bacilles de Frisch par le sérum des scléromateux l'auteur a preparé, à l'aide de bacteriophage, les cultures vives des bacilles de Frisch sans capsule. On a examiné 21 scléromateux, 3 ozéneux, 88 normaux. On a constaté que le sérum des scléromateux a donné une agglutination complète dans la solution de 1 : 400 à 1 : 3200. De 91 sérums de controle dans 79 la réaction a été negative, dans 11 — positive mais seulement dans la solution de 1 : 100 et dans 1 cas dans la solution de 1 : 200.

De même l'auteur a examiné la réaction, de l'agglutination avec les cultures des bacilles de Frisch tués. On les avait túés à une temperature de 60°C durant 1 heure. La réaction était plus faible qu'avec les bacilles vivants, quoique les bacilles tués peuvent être employés à ce but.

Godlewski. Un cas de corps étranger du larynx.

L'auteur décrit un cas concernant la présence d'un corps étranger dans le larynx. Il s'agit d'un homme de 45 ans, fonctionnáire de chemin de fer qui avait avalé un clou pendant son travail. Il se plaignait de douleurs dans le cou et de crachements sanguins. Voix normale, respiration libre. La trachéoscopie directe montra un corps étranger dans l'espace sousglottique. A l'aide d'une pince trachéoscopique on a extrait un crochet d'une longueur de 3,8 ctm. Guérison.

Prugier. „L'otorrhée cerébrale" chez un enfant de 4 ans.

L'auteur relate un cas d'énorme abcès du cerveau chez un enfant de 4 ans; l'abcès contenait environ 300 ctm.^{3} de pus qui s'était vidé spontanement par le conduit externe. L'otorrhée chronique gauche, aphasie, hémiplègie droite. Il s'était écoulé 4 semaines auparavant une quantité énorme de pus après quoi les symptômes ci-decrits disparurent, mais bientôt aprés, ils se renouvelèrent. L'examen a démontré: l'otorrhee chr. gauche, le conduit externe rempli de polipes, aphasie, hémiplègie droite, opisthotonus, Kernig, Babinski, Gordon, Rossolimo du côtè droit. Stase papillaire. Pendant l'opération on a constaté un abcès énorme du cerveau, dont la cavité a été drainée. Après l'opération une sensible amélioration suivit mais bientôt l'état du malade s'est aggravé à cause de la meningite diffuse. Les parents ont repriś l'enfant de l'hôpital dans un état désespéré.

Sawicz. Contribution à la clinique de l'abcès du lobe temporal d'origine otique.

Dans cette partie du travail l'auteur écrich d'une manière détaillée six cas personnels d'abcès du cerveau d'origine otique. 3 fois la mort fut occasionné par la propagation du pus à l'intérieur du ventricule latéral et les deux autres par la meningite.

Se basant sur son matériel l'auteur considère que dans les grands abcès cerébraux il faut pratiquer de larges incisions laissant une petite fenêtre dans la dure-mère. Le drenage selon Lemaitre donne de bons résultats dans les cas d'abcès moins grands, placés peu profondément. Dans le traitement post-opératoire la position assise du malade donne de bons résultats. Pour éviter une meningite introduction d'un tampon entre la dure-mère et l'os est fort recommandée.

Les déscriptions des cas sont illustrées par les sciagrammes du crâne contrastées par l'introduction de lipiodol dans la cavité de l'abcès.

Dobrzański. Oesophagoscopie, son importance diagnostique et thérapeutique (fin).

La statistique de l'auteur conmprenant 111 cas de corps étrangers dans l'oesophage dont cinq décès sont provenus des complications n'ayant rien de commun avec l'opération. Parmis ces corps étrangers les plus frequents étaient des os, des monnaies, morceaux de viande ainsi que des prothèses dentaires. A la fin de son travail l'auteur expose la question du rétrécissement de l'oesophage occasionné par la pression externe ainsi que l'importance diagnostique de l'oesophagoscopie dans ces cas.
